



IPG **Politécnico**
|da|Guarda
Polytechnic
of Guarda

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**Hábitos tabágicos nos enfermeiros de uma
ULS da região centro de Portugal**

Paulino Mendes Silva

junho | 2019



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

“Hábitos tabágicos nos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal: hábitos tabágicos, grau de dependência à nicotina, motivação para a cessação tabágica e *stresse* ocupacional”

Trabalho elaborado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária no âmbito da Unidade Curricular Relatório

Autor

Paulino Mendes Silva

Orientador

Professora Maria Hermínia Nunes Barbosa

Coorientador

Professora Doutora Cecília Maria Fernandes Fonseca

Guarda
2019

LISTA DE SIGLAS/ACRÓNIMOS

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EU-OSHA – Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho

IC – Intervalos de confiança

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

QSPS – Questionário de *Stresse* nos Profissionais de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

ULS – Unidade Local de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

AGRADECIMENTO

Torna-se impossível, simples palavras descreverem de forma precisa o valor das pessoas que estiveram presentes nesta trajetória. Na longa viagem que foi a elaboração desta dissertação de mestrado vários foram os obstáculos, desafios, tristezas, incertezas alegrias e vitórias, que marcaram este percurso. Apesar de tudo, de forma direta ou indireta, este trabalho reúne o contributo de inúmeras pessoas que permitiram desenhar a cada momento o rumo deste gratificante estudo.

Desta forma sinto a necessidade sincera de agradecer...

...à professora orientadora e coorientadora pela orientação, incentivo e disponibilidade sempre demonstrada. O meu bem-haja!

...aos meus pais por serem modelos de coragem, pelo apoio incondicional, incentivo, compreensão, amor, conforto e proteção.

...aos meus sogros pelo apoio, força e carinho que sempre demonstraram no decorrer desta fase académica.

...a todos os que não referencio, mas que estiveram presentes.

E por último...

...à minha esposa, pelo amor, paixão, cumplicidade, paciência, compreensão, companheirismo, generosidade, presença e ajuda prestada na elaboração desta dissertação, especialmente pelo sorriso e o olhar dócil com que diariamente me brindou mesmo nos momentos mais difíceis...

... a todos eles dedico este trabalho!

PENSAMENTO

“O objetivo da ciência não é somente aumentar o conhecimento, mas o de aumentar as nossas possibilidades de continuar aumentando o conhecimento”

(Ackoff, 1975: 27)

RESUMO

O tabagismo é uma problemática transversal a toda a população, sendo considerado um grave problema de saúde pública. Diversos estudos demonstram uma elevada prevalência de consumidores de tabaco entre profissionais de saúde. Estes, em particular os enfermeiros, têm na luta contra os hábitos tabágicos um papel crucial. A este grupo profissional também poderá estar associado níveis de *stress* ocupacional elevados, podendo o consumo de tabaco ser um dos fatores associados ao alívio do *stress*.

Pretendeu-se com este estudo conhecer os hábitos tabágicos dos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal, avaliar o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica, averiguar a existência de relação entre as características sociodemográficas e do contexto laboral com o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica, verificar se existe relação entre as características sociodemográficas e do contexto laboral com ser ou não fumador, avaliar o *stress* ocupacional dos enfermeiros e averiguar a existência de relação entre o *stress* ocupacional nos enfermeiros e o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica.

O estudo apoiou-se numa metodologia quantitativa, descritiva e transversal. A população alvo foram todos os enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal. Utilizou-se um protocolo de colheita de dados distribuído a todos os enfermeiros que trabalhavam nas unidades de saúde em estudo, via correio eletrónico institucional, que esteve disponível *online* entre 15 de julho de 2017 a 5 de março de 2018. Dos 208 respondentes, 71,6% eram do sexo feminino com média idade de 40,5 anos, sendo que 19% referiu ter fumado pelo menos um cigarro na última semana. Os fumadores iniciaram o consumo, em média, aos 18,5 anos e consumiam há 17,5 anos. Dos fumadores, 52,5% apresentava um grau de dependência à nicotina muito baixa e 95% manifestou baixa motivação. Concluiu-se que uma menor motivação para a cessação tabágica está associada um maior grau de dependência à nicotina. Os resultados indicaram que os fumadores que vivem ou convivem com fumadores têm menor motivação para a cessação tabágica.

A maioria dos enfermeiros (75%) manifestou moderado a elevado *stress* ocupacional, nas dimensões lidar com utentes, excesso de trabalho e carreira e renumeração. Os resultados indicaram que à medida que o nível de *stress* aumentava o grau de dependência à nicotina e o consumo de tabaco também aumentavam, mas sem evidência estatística que a motivação para a cessação tabágica estivesse associada aos níveis de *stress*.

Este estudo permitiu conhecer a realidade dos hábitos tabágicos e do *stress* ocupacional da comunidade de enfermeiros em estudo. Tal possibilita a otimização de estratégias/atividades para mitigar a problemática do tabagismo/*stress* ocupacional melhorando a qualidade da saúde dos enfermeiros e da comunidade, com ganhos em saúde, indo ao encontro das competências descritas pela OE para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-Chave: Enfermeiros; Hábitos tabágicos; Grau de dependência à nicotina; Motivação; Cessação tabágica; *Stress* ocupacional.

ABSTRACT

Tobacco smoking affects the general population and is considered a serious public health problem. Several studies have shown a high prevalence of tobacco users among health professionals. Being that, the nurses have in the fight against smoking habits a crucial role. This professional group may also be associated with high levels of occupational stress and smoking could be one of the factors associated with stress relief.

The purpose of this study was to know the smoking habits of nurses from an ULS in the central region of Portugal, assess the degree of nicotine dependence and the motivation for smoking cessation, investigate the existence of a relationship between the sociodemographic characteristics and the work context with the degree of nicotine dependence and the motivation for smoking cessation, to verify if there is a relation between the sociodemographic characteristics and the work context with or without smoking, assess the occupational stress of nurses and to the existence of a relationship between occupational stress in nurses and the degree of nicotine dependence and the motivation for smoking cessation.

The study was quantitative, descriptive and cross methodology. The target population were all nurses from an ULS in the central region of Portugal, a data collection protocol was used and distributed by institutional email to all nurses working in the health units concerned and was available online between July 15, 2017 to March 5, 2018. From 208 respondents, 71.6% were female with an average age of 40.5 years, and 19% reported having smoked at least one cigarette in the last week. Smokers began consumption, on average, at 18.5 years and 17.5 years for consumption time. From the smokers, 52.5% had a very low degree of nicotine dependence and 95% had low motivation. It has been concluded that a lower motivation for smoking cessation is associated with a greater degree of nicotine dependence. The results indicated that smokers who live or coexist with smokers have lower motivation for smoking cessation.

The majority of nurses (75%) showed moderate to severe occupational stress, in the dimensions dealing with users, overwork and career and renumbering. The results indicated that as the stress level increased the degree of nicotine dependence and tobacco consumption also increased, but without statistical evidence that the motivation for smoking cessation were associated with stress levels.

This study allowed to know the reality of the smoking habits and the occupational stress of the community of nurses under study. Such results enable the optimization of strategies/activities that can mitigate the problem of smoking/occupational stress improving the quality of health of nurses and the community, with health gains, meeting the competencies described by OE for the Nurse Specialist in Community Nursing and Public Health.

Keywords: Nurses; Smoking habits; Degree of nicotine dependence; Motivation; Smoking cessation; Occupational stress.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico 1 – Distribuição da categoria profissional dos participantes	76
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto ao serviço onde exerce funções	77
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto à sua situação contratual.....	78
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes quanto ao modo como classificam o seu estado de saúde	79
Gráfico 5 – Distribuição dos participantes sobre se fumou pelo menos um cigarro na última semana	79
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes fumadores tendo em conta alguns hábitos e comportamentos	81
Gráfico 7 – Diagrama de extremos e quartis do nível <i>stresse</i> ocupacional dos enfermeiros por dimensão	91
Gráfico 8 – Distribuição dos níveis de <i>stresse</i> em função do grau de dependência à nicotina...93	
Gráfico 9 – Distribuição dos níveis de <i>stresse</i> em função da motivação para a cessação tabágica	94
Gráfico 10 – Diagrama de extremos e quartis da idade.....	Erro! Marcador não definido.

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Variáveis em estudo e sua operacionalização.....	66
Tabela 2 – Distribuição dos participantes quanto ao sexo, idade e habilitações literárias	74
Tabela 3 – Distribuição dos participantes quanto ao estado civil, ter filhos e número de filhos.....	74
Tabela 4 – Distribuição dos participantes quanto à coabitação com os filhos e a distância (em km) entre a residência e o local de trabalho	75
Tabela 5 – Distribuição dos participantes quanto aos anos de serviço, anos de serviço na atual função e local de trabalho	77
Tabela 6 – Distribuição dos participantes quanto ao tipo de horário laboral praticado, carga horária semanal de trabalho e se exerce funções noutra instituição	78
Tabela 7 – Distribuição dos participantes fumadores tendo em conta a idade com que começou a fumar e o número de anos que fuma.....	80
Tabela 8 – Distribuição dos participantes fumadores e não fumadores em função do sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, ter filhos, coabita com os filhos e categoria profissional.....	84
Tabela 9 – Distribuição dos participantes fumadores e não fumadores em função do local de trabalho, serviço, situação contratual, horário laboral praticado, carga horária semanal de trabalho, exercício de funções em outra instituição e percepção do estado de saúde.....	85
Tabela 10 – Distribuição dos participantes fumadores no que respeita ao grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica	87
Tabela 11 – Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre os testes de <i>Richmond</i> e <i>Fagerström</i>	87
Tabela 12 – Teste Exato de <i>Fisher</i> para averiguar a existência de associação entre ser ou não fumador em função de cada uma das variáveis	89
Tabela 13 – Consistência interna do questionário de <i>stresse</i> nos profissionais de saúde.....	89
Tabela 14 – Distribuição dos participantes quanto ao nível de <i>stresse</i> em termos gerais na sua atividade profissional.....	90
Tabela 15 – Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre os níveis de <i>stresse</i> e o grau de dependência à nicotina.....	92
Tabela 16 – Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre os níveis de <i>stresse</i> e a motivação para a cessação tabágica	93

Tabela 17 – Distribuição de frequências das idades dos participantes**Erro! Marcador não definido.**

Página

Tabela 18 – Distribuição dos participantes de acordo com o nível de ensino frequentado pelo(s) filho(s)**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 19 – Distribuição dos participantes quanto à forma como ocupam os seus tempos livres**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 20 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função do sexo**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 21 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função das habilitações literárias.....**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 22 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função do estado civil**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 23 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função de ter ou não filhos.....**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 24 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função de coabitar com os filhos.....**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 25 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função do local de trabalho.....**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 26 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função do tipo de horário laboral praticado**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 27 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função da carga horária semanal de trabalho**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 28 – Teste *U* de *Mann-Whitney* para comparação dos resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* em função de viver ou conviver com fumador(es)**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 29 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os resultados dos testes de *Richmond* e *Fagerström* com a idade**Erro! Marcador não definido.**

Tabela 30 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os testes de *Richmond* e *Fagerström* com a forma como percecionam o seu estado de saúde...**Erro! Marcador não definido.**

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I – ESTADO DE ARTE	25
1 – O TABAGISMO.....	27
1.1 – A LEI DO TABACO EM PORTUGAL	33
1.2 – DEPENDÊNCIA À NICOTINA E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA.....	35
1.3 – O CONSUMO DE TABACO NOS ENFERMEIROS.....	40
2 – O <i>STRESSE</i> OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	47
3 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA SEM FUMO	53
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO.....	59
1 – METODOLOGIA	61
1.1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	61
1.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO	62
1.3 – TIPO DE ESTUDO.....	63
1.4 – POPULAÇÃO/AMOSTRA	64
1.5 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	65
1.6 – PROTOCOLO DE COLHEITA DE DADOS	67
1.7 – PRÉ-TESTE	70
1.8 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	70
1.9 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	71
2 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS.....	73
2.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, DO CONTEXTO LABORAL E HÁBITOS TABÁGICOS	73
2.2 – O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA	86
2.3 – O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA/MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO CONTEXTO LABORAL.....	87

	Página
2.4 – SER OU NÃO FUMADOR, E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO CONTEXTO LABORAL.....	88
2.5 – O NÍVEL DE <i>STRESSE</i> OCUPACIONAL.....	89
2.6 – O NÍVEL DE <i>STRESSE</i> OCUPACIONAL E O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA.....	92
3 – DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS.....	95
 CONCLUSÕES.....	 103
BIBLIOGRAFIA	109
 APÊNDICES	 117
APÊNDICE I (Protocolo de colheita de dados e consentimento livre, informado e esclarecido)	119
APÊNDICE II (Pedido de autorização ao autor do teste de <i>Richmond</i>)	129
APÊNDICE III (Pedido de autorização ao autor do teste de <i>Fagerström</i>)	131
APÊNDICE IV (Pedido de autorização ao autor do teste de <i>Fagerström</i> , traduzido e validado para Portugal).....	133
APÊNDICE V (Pedido de autorização ao autor do Questionário de <i>Stresse</i> nos Profissionais de Saúde).....	135
APÊNDICE VI (Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULS X, para efetuar a recolha de dados)	137
APÊNDICE VII (Distribuição de frequências das idades dos participantes e diagrama de extremos e quartis)	139
APÊNDICE VIII [Distribuição dos participantes de acordo com o nível de ensino frequentado pelo(s) filho(s)]	141
APÊNDICE IX (Distribuição dos participantes quanto à forma como ocupam os seus tempos livres).....	143
APÊNDICE X (Pedido do valor de <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i> do teste de <i>Richmond</i> ao autor do teste)	145
APÊNDICE XI (Estudo realizado para averiguar se algumas características sociodemográficas e do contexto laboral influenciam o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica).....	147

	Página
ANEXOS	153
ANEXO I (Teste de <i>Richmond</i>)	155
ANEXO II (Teste de <i>Fagerström</i>).....	157
ANEXO III (Questionário de <i>Stresse</i> nos Profissionais de Saúde)	159
ANEXO IV (Autorização concedida pelo autor do teste de <i>Richmond</i>).....	167
ANEXO V (Autorização concedida pelo autor do teste de <i>Fagerström</i>)	169
ANEXO VI (Autorização concedida pelo autor do teste de <i>Fagerström</i> , traduzido e validado para Portugal).....	171
ANEXO VII (Autorização concedida pelo autor do Questionário de <i>Stresse</i> nos Profissionais de Saúde).....	173
ANEXO VIII (Autorização do Presidente do Conselho de Administração da ULS X para prosseguir com o estudo e a respetiva colheita de dados).....	175
ANEXO IX (Parecer da Comissão de Ética e autorização da Enfermeira Diretora da ULS X para prosseguir com o estudo e a respetiva colheita de dados)	177
ANEXO X (Resposta do autor do teste de <i>Richmond</i> , sobre o valor de <i>alpha</i> de <i>Cronbach</i> do teste).....	179

INTRODUÇÃO

A investigação em saúde tem-se tornado num conceito que assume atualmente extrema importância para a prestação de cuidados baseados na evidência científica. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009) a investigação em saúde é a base do conhecimento para a prestação de cuidados de qualidade, um modo de desenvolver novos métodos de investigação, tecnologias e soluções inovadoras em saúde e uma forma de estabelecer parcerias com centros de investigação e estabelecimentos de ensino, para realizar estudos que apoiem a tomada de decisão no processo de saúde. A importância da prática de investigação em enfermagem, levou a que em 2014 a OMS nomeasse oficialmente, em Portugal, a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra como centro colaborador, o único centro da península ibérica para a enfermagem e um dos quatro centros a nível da Europa, tendo como missão apoiar a OMS na promoção da saúde global, regional e local (Centro Colaborador da OMS, 2015).

A enfermagem é diariamente confrontada por uma sociedade cada vez mais exigente em termos de cuidados de saúde. Como disciplina do conhecimento sente a necessidade de promover, nos seus profissionais, o gosto pelo saber, não só como um meio para uma autossatisfação individual, mas também como um processo sistemático, rigoroso, técnico e científico. A investigação em enfermagem tem como objetivo aumentar o seu corpo de conhecimentos e dar resposta a questões com que se confronta perante a pessoa, família e comunidade, no que respeita à promoção da saúde, à prevenção da doença, ao cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo vital e por fim, mas não menos importante, na promoção de uma morte digna e sem sofrimento seja ele físico, psíquico ou espiritual [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2006].

Sendo um processo racional, sistemático e rigoroso, a investigação científica visa a aquisição de conhecimento. Várias são as definições de investigação, sendo que o investigador deve escolher a definição de acordo com a orientação que pretende dar ao seu estudo e aos objetivos que pretende atingir para dar resposta à questão que estuda. A investigação em enfermagem tem evoluído de forma notória ao longo dos anos o que demonstra e prevê um futuro promissor, beneficiando quer os profissionais, quer a pessoa, família ou comunidade. Tendo como intenção produzir conhecimento sobre a sua prática, os saberes obtidos pela investigação em enfermagem são a base para melhorar e otimizar a qualidade dos cuidados e, consequentemente, a qualidade de vida da pessoa, contribuindo, deste modo, para obtenção de ganhos em saúde (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

O tabagismo é considerado por alguns autores como uma epidemia com expressão pandémica, sendo uma das principais causas de morte e perda de qualidade de vida a nível mundial, o que acentua continuamente a pertinência desta temática.

Mundialmente tem-se vindo a tomar consciência da nefasta influência que comportamentos como o tabagismo têm na saúde da pessoa, tendo mesmo, lentamente conquistado importância primordial nas prioridades dos profissionais de saúde cujo lugar era ocupado pela doença infecciosa [Nunes (coord.), 2008]. O tabagismo é um fator de risco decisivo na saúde da pessoa caracterizado pela dependência física e psicológica, com uma grande incidência na patologia do foro pulmonar (Stanhope & Lancaster, 2011), sendo a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito causas de morte a nível mundial. A pandemia do tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX, podendo ser responsável pela morte de 1 000 milhões no final do presente século se não for controlada [OMS, 2008a; Bonito (coord.), 2017; OMS, 2017a].

No ano de 2010, em Portugal, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11 800 pessoas, das quais 845 tinham sido expostas ao fumo ambiental e, em 2012, mais de 25% da população entre os 15 e os 64 anos era consumidora de tabaco. Neste contexto, conhecer os comportamentos da população face ao consumo de tabaco tornou-se primordial no desenvolvimento de estratégias de prevenção e controlo eficiente do tabagismo [Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), 2014].

Vários estudos e publicações têm demonstrado uma elevada prevalência de consumidores de tabaco entre os profissionais de saúde. O consumo de tabaco poderá estar associado ao alívio do *stress*, sendo que Childs e Wit (2009) referem que o consumo de tabaco altera a resposta ao *stress*, contribuindo o *stress* para a manutenção do consumo de tabaco enquanto mecanismo de *coping* face ao mesmo. As profissões associadas à saúde estão, genericamente, associadas a *stress* profissional. Segundo Santos e Almeida (2016) na enfermagem, cerca de 25% dos profissionais apresenta *stress*, depressão e/ou ansiedade.

Apesar dos avanços gerais no controlo do tabagismo, as elevadas taxas de fracasso do tratamento em programas de cessação do tabagismo são motivo de preocupação. Dentro de diversos fatores apontam-se os altos níveis de ansiedade, depressão, *stress* e o baixo nível de motivação para a mudança de comportamento pelos utentes que procuram tratamento por meio de programas de cessação do tabagismo (Botelho, Espinosa, Pawlina & Rondina, 2015).

A promoção de estilos de vida saudáveis tem sido considerada uma das prioridades a nível mundial (OMS, 2017f). Os enfermeiros têm uma responsabilidade perante a comunidade, promovendo, potenciando e favorecendo a mudança de atitudes e comportamentos. Os benefícios imediatos do abandono do hábito tabágico, independentemente da idade da pessoa, promovem uma melhoria do estado de saúde, quer individual, quer da comunidade onde a pessoa fumadora se encontra inserida, o que poderá entrar em controvérsia quando o enfermeiro promotor de saúde

apresenta estilos de vida menos saudáveis, como é o exemplo do tabagismo. Segundo Machado e Silveira (2014) a imagem e importância que estes profissionais têm no contexto comunitário é determinante na luta contra os hábitos tabágicos, por serem considerados dos que mais literacia em saúde possuem, pela intervenção que têm na sociedade e pela responsabilidade que possuem na promoção de estilos de vida saudáveis.

Neste intuito, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública diariamente associa-se a diversas organizações políticas, públicas e privadas na promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente na luta contra o tabagismo, com o objetivo de reduzir o número de pessoas expostas ao fumo de tabaco e consequentemente reduzir os efeitos prejudiciais que o mesmo tem na qualidade da saúde da pessoa e comunidade [Stanhope & Lancaster, 2011; André, 2012; Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), 2015; OE, 2015; OE, 2018]. Tal pressuposto vai ao encontro das competências e padrões de qualidades definidos pela OE, nomeadamente na gestão de sistemas e vigilância epidemiológica no âmbito do tabagismo, na coordenação, integração, implementação e monitorização de programas de saúde integrados no Plano Nacional de Saúde (PNS), como por exemplo o PNPCT, promovendo a capacitação da pessoa e comunidade para a tomada de decisão na sua saúde (OE, 2015; OE, 2018).

Ter-se selecionado esta temática no âmbito da investigação, para a realização e obtenção do grau de mestre em enfermagem comunitária, deveu-se à sua relevância mundial e nacional, e o facto de em Portugal, se encontrar implementado, no PNS 2012 – 2016, já com extensão até 2020, o PNPCT [Direção-Geral da Saúde (DGS), 2015] como um dos programas de carácter prioritário, no intuito de diagnosticar, implementar, avaliar e monitorizar medidas que visam a proteção da pessoa e comunidade à exposição do fumo de tabaco, procurando melhorar a qualidade da saúde da pessoa e comunidade e consequentemente aumentar os ganhos em saúde.

Tendo por base a experiência na função de enfermeiro num serviço de pneumologia e com o intuito de aprofundar conhecimentos e de conhecer a realidade tabágica dos enfermeiros de uma Unidade Local de Saúde (ULS), aliado à curiosidade e empenho individual, a escolha do tema de investigação recaiu sobre: “Hábitos tabágicos, grau de dependência à nicotina, motivação para a cessação tabágica e *stress* ocupacional nos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal”. Na sequência do problema identificado, foi levantada a questão de investigação: “Quais os hábitos tabágicos, o grau de dependência à nicotina, a motivação para a cessação tabágica e o *stress* ocupacional nos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal?”. Esta temática enquadra-se na linha de investigação do curso: Estudos sobre intervenções especializadas em enfermagem comunitária e de saúde pública.

A investigação de carácter quantitativa, descritiva e transversal, teve os seguintes objetivos:

- ❖ Conhecer os hábitos tabágicos dos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal;
- ❖ Avaliar o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica;
- ❖ Averiguar a existência de relação entre as características sociodemográficas e do contexto laboral com o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica;
- ❖ Verificar se existe relação entre as características sociodemográficas e do contexto laboral com ser ou não fumador;
- ❖ Avaliar o *stress* ocupacional dos enfermeiros;
- ❖ Averiguar a existência de relação entre o *stress* ocupacional nos enfermeiros e o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica.

No presente relatório de investigação pretendeu-se relatar as etapas do trabalho de investigação realizado, nomeadamente as metodologias e os resultados obtidos. O relatório encontra-se dividido em duas partes. Na primeira, o estado de arte, onde se apresentam conceitos tais como tabagismo e *stress* ocupacional, bem como alguns resultados atuais de investigação sobre a temática em estudo. Na segunda parte, descreve-se a metodologia de investigação utilizada no decorrer do estudo, bem como a apresentação, análise e a respetiva discussão dos dados e resultados. O documento termina com as conclusões tendo em conta os objetivos do estudo.

Para finalizar, convém reforçar a importância que os estudos de investigação na população face ao uso e exposição ao fumo de tabaco assumem para a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, no que concerne ao diagnóstico de situação, planeamento, intervenção e monitorização deste problema de saúde pública.

PARTE I – ESTADO DE ARTE

1 – O TABAGISMO

O tabagismo é considerado um fator de risco, evitável, para muitas patologias que conduzem à incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito causas de morte a nível mundial e uma em cada 10 mortes em todo o mundo. A pandemia do tabagismo é apontada como sendo responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX e por 1 000 milhões no final do presente século, se não for controlada. Se a tendência atual se mantiver, prevê-se que em 2030 poderá ser responsável pela morte de oito milhões de pessoas [OMS, 2008a; Bloomberg (2017, cit. por OMS, 2017c); Bonito (coord.), 2017; OMS, 2017a]. Na comemoração do dia mundial sem tabaco, no ano 2018, a OMS revelou que a epidemia global do consumo de tabaco constituiu fator de risco para doenças que mataram mais de sete milhões de pessoas por ano. Dessas pressupõem-se que 900 mil não eram fumadores, mas poderiam ter sido fumadores passivos de tabaco. Calcula-se que dos mais de um bilhão de fumadores a nível mundial, cerca de 80%, vive em países de baixos ou médios recursos socioeconómicos, onde o peso das doenças e mortes relacionadas com o consumo de tabaco é maior (OMS, 2018).

A OMS defende que a solução para esta epidemia mundial se encontra ao alcance de todo o cidadão, sendo que a vontade política, o quadro normativo e o financiamento são medidas concretas que podem gerar o impulso necessário para a redução do consumo de tabaco e, consequentemente, salvar milhões de vidas. Reverter a epidemia do tabagismo, deve ser assumido como uma prioridade de saúde pública dos líderes políticos de todos os países [OMS, 2008b; Bonito (coord.), 2017]. Segundo Nunes (2013) se os atuais fumadores não pararem de fumar, o número de mortes relacionadas com o consumo de tabaco continuará a aumentar nos próximos anos, dado o tempo de latência entre o início deste consumo e as doenças com ele associado.

A globalização da epidemia do tabagismo, levou a que na 56.^a Assembleia Mundial de Saúde, a 21 de maio de 2003, em Genebra, os 110 Estados-Membros aprovassem a primeira *Framework Convention on Tobacco Control* da OMS. Esta convenção foi um novo marco na promoção da saúde pública e em matéria de direito internacional, estando os 110 Estados-Membros determinados a dar prioridade ao direito de proteger a saúde pública [OMS, 2003; Bonito (coord.), 2017].

Tal como já foi referido, o consumo de tabaco é um dos fatores de maior risco para a morbilidade e mortalidade da população sendo também responsável por elevados gastos económicos a nível mundial nos diversos setores. Atenta a esta realidade, a OMS estabeleceu estratégias e princípios a nível mundial, no sentido de reunir esforços, desenvolvendo o plano *MPOWER* no ano de 2007, no intuito de reduzir a prevalência do consumo de tabaco através de parcerias nacionais e internacionais, que facilitassem o acesso a recursos financeiros destinados

a combater o consumo de tabaco. Este plano teve como finalidades (OMS, 2008a; OMS, 2017a; OMS, 2017c):

- ❖ Monitorizar o consumo de tabaco;
- ❖ Proteger a população do fumo de tabaco;
- ❖ Oferecer ajuda na cessação do tabagismo;
- ❖ Advertir sobre os perigos do tabaco;
- ❖ Impor proibições de publicidade e patrocínio que incentivem o consumo de tabaco;
- ❖ Aumentar os impostos sobre o tabaco.

As medidas de controlo do tabagismo *MPOWER* provaram ser altamente eficazes. Esse sucesso tem vindo a ser demonstrado pelos muitos países que adotaram medidas do *MPOWER*, demonstrando ser possível abordar eficazmente a epidemia do tabaco, salvando vidas, independentemente da dimensão da população de cada país e da sua capacidade económica. Apesar de os progressos serem encorajadores, ainda não foi suficiente para acabar com a epidemia do tabaco, embora se tenha vindo a verificar uma redução do seu consumo em alguns países. Contudo, embora haja muito trabalho a ser feito, os dados reais e mensuráveis obtidos nos últimos anos, foram uma base sólida dos ganhos em saúde obtidos com a adoção de pelo menos uma das medidas do *MPOWER*, tal como descrito no recente relatório *Report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies* da OMS (OMS, 2017a). Aquando da criação das seis medidas do plano *MPOWER* apenas 42 países eram protegidos por pelo menos uma das medidas. Após 10 anos, em 2017, 121 países implementaram pelo menos uma dessas medidas. De acordo com o relatório 4,7 mil milhões de cidadãos (cerca de 63% da população mundial) viviam em países com medidas e políticas de proteção do tabaco consideradas essenciais pela OMS, mais 3,6 mil milhões do que o que se verificava em 2007, quando apenas 1 000 milhões de pessoas (15% da população mundial) estavam protegidas. Cerca de 43% da população mundial (3 200 milhões de pessoas) está protegida por duas ou mais medidas de *MPOWER*, quase sete vezes mais do que em 2007, sendo que oito países, incluindo cinco países com baixo poder económico, implementaram quatro ou mais medidas de *MPOWER* ao mais alto nível (Brasil, Irlanda, Madagáscar, Malta, Panamá, Turquia, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte e a República Islâmica do Irão). Como refere o relatório, trabalhando em conjunto, os países podem prevenir a morte prematura de milhões de pessoas e de doenças ligadas ao tabaco, poupando milhões de dólares por ano em despesas de saúde evitáveis e na perda de produtividade. De modo global, a OMS considerou como medidas mais eficazes para reduzir o consumo, as que visassem proteger os cidadãos do fumo do tabaco, nomeadamente: oferecer ajuda

e apoios para quem quer deixar de fumar e a elevar os impostos sobre o tabaco [OMS, 2017a; OMS, 2017c; Serviço Nacional de Saúde (SNS), 2017].

A 30 de maio de 2017, por ocasião do dia mundial sem tabaco, a OMS publicou o relatório *“Tobacco and its environmental impact: an overview”* no qual avalia os custos do cigarro para a saúde e a economia e, pela primeira vez, o impacto ambiental. Segundo a diretora-geral da OMS, Margaret Chan, o tabaco foi responsável por um número de mortes superior a sete milhões de pessoas anualmente, representando um custo para economia global que ultrapassa os 1 250 mil milhões de euros por ano em gastos com saúde e perda de produtividade. O consumo de tabaco afeta, principalmente, pessoas com baixos rendimentos constituindo uma causa importante de desigualdades em saúde entre ricos e pobres. Os gastos com produtos de tabaco representam mais de 10% do rendimento total do agregado familiar. O número de mortes passou de quatro milhões no início do século XXI para mais de sete milhões atualmente, estimando-se que em 2030 o total de vítimas atinja os oito milhões, 80% das quais em países em desenvolvimento (Exame, 2017; OMS, 2017d; OMS, 2017e; Vaz, 2017).

Para Margaret Chan adotar medidas antitabágicas firmes pelos governos é primordial, no intuito de salvaguardar o futuro dos seus países ao proteger toda a população, independentemente de consumirem ou não tabaco, reduzindo a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, incluindo as doenças cardíacas, pulmonares, neoplásicas e diabetes, em que o tabaco é um fator de risco. Além disso, seria possível gerar rendimentos que pudessem financiar os serviços de saúde e outros serviços sociais, evitando os danos colaterais que o tabaco pode estar a causar ao meio ambiente (OMS, 2017b). Neste contexto, compreender o impacto que o tabaco tem a nível ambiental levou, a OMS, em 2017, a apresentar o primeiro relatório sobre os efeitos do tabaco na natureza anteriormente citado (OMS, 2017e). O relatório reúne evidências sobre o modo como o tabaco pode afetar o bem-estar humano numa perspetiva ambiental, relatando os danos sociais e económicos indiretos causados pelo cultivo, produção, distribuição e resíduos gerados pelos produtos do tabaco. De acordo com o relatório (OMS, 2017e), alguns dos dados relevantes referem que:

- ✓ Os resíduos que o tabaco deixa são dos mais presentes a nível mundial contendo mais de 7 000 substâncias químicas tóxicas que poluem o meio ambiente, incluindo agentes cancerígenos;
- ✓ No fumo do tabaco estão presentes milhares de toneladas de produtos cancerígenos, substâncias tóxicas e gases de efeito estufa;
- ✓ Os resíduos de produtos do tabaco são o tipo de resíduos mais presentes a nível mundial, sendo que cerca de 10 bilhões dos 15 bilhões de cigarros vendidos diariamente são deitados fora em zonas onde prejudicam o ambiente;

- ✓ A produção de tabaco é parcialmente responsável pela desflorestação, sendo que por cada 300 cigarros consumidos significa uma árvore perdida;
- ✓ As pontas de cigarro representam entre 30% e 40% dos objetos recolhidos pelas empresas de limpeza nas zonas costeiras e urbanas.

Apesar dos malefícios, já descritos, que o tabaco tem a nível mundial, a indústria do tabaco continua a ser uma barreira/obstáculo aos esforços que têm sido desenvolvidos para reduzir o seu consumo, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção da doença no intuito de obter ganhos em saúde (OMS, 2017e). Segundo o diretor geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus (2017, cit. por OMS, 2017c, s.p):

Los gobiernos de todo el mundo no deben perder tiempo en incorporar todas las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en sus programas y políticas nacionales de control del tabaco. ...también deben atajar el comercio ilícito de tabaco, que exacerba la epidemia mundial de tabaquismo y sus consecuencia socioeconómicas y sanitarias... colaborando entre sí, los países pueden impedir que millones de personas mueran cada año por enfermedades provocadas por el tabaco que pueden prevenirse, y ahorrarse cada año miles de millones de dólares en gastos sanitarios evitables y en pérdida de productividad.

Monitorizar e controlar o consumo do tabaco, para a OMS, é uma medida fundamental até 2030 para um desenvolvimento sustentável, integrando metas para fortalecer a implementação das medidas preconizadas pelo *MPOWER*, no intuito de reduzir para um terço as mortes prematuras por doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas e pulmonares, neoplasias e diabetes. O tabagismo poderá ser um dos principais fatores de risco comum nas doenças não transmissíveis, matando 40 milhões de pessoas a cada ano, equivalente a 70% de todas as mortes a nível mundial incluindo 15 milhões de pessoas com idade entre 30 e 69 anos, sendo, que mais de 80% dessas mortes prematuras ocorrem em países com baixo ou médio poder económico (OMS, 2017a; OMS, 2017c).

Neste contexto, em 2018, na comemoração do dia mundial sem tabaco promovido pela OMS que teve como tema *“Tobacco and heart disease”*, foi proposto a nível mundial que todos os países reforçassem as medidas de controlo do tabaco como eixo estratégico para diminuir a mortalidade por doenças cardiovasculares. Assim, os objetivos traçados pela OMS para o dia mundial sem tabaco no ano 2018 foram (OMS, 2018):

- ❖ Destacar a relação entre o consumo de produtos de tabaco e as doenças cardiovasculares;
- ❖ Aumentar a consciencialização da sociedade em geral sobre o impacto que o consumo do tabaco e a exposição ao fumo ambiental do tabaco têm sobre a saúde cardiovascular;

- ❖ Proporcionar oportunidades para o público, governos e outros assumirem o compromisso de promover a saúde cardiovascular, protegendo as pessoas contra o consumo de produtos de tabaco;
- ❖ Incentivar os países a reforçar a implementação das medidas preconizadas pelo *MPOWER* para o controlo do tabagismo.

Tabagismo em Portugal

Em Portugal, apesar dos esforços e das medidas de prevenção e controlo do tabagismo que foram abraçadas desde a década de 80 do século XX, o tabaco continua a ser um dos mais importantes fatores evitáveis de doenças crónicas não transmissíveis e de mortalidade prematura (PNPCT, 2017). No ano de 2010, em Portugal, o tabaco poderá ter sido um dos fatores responsável pela morte de 11 800 pessoas, das quais 845 tinham sido expostas ao fumo ambiental do tabaco. Em 2012 mais de 25% da população entre os 15 e os 64 anos era consumidora de tabaco (PNPCT, 2014).

Em 2013, o consumo de tabaco esteve associado a patologias que levaram à morte de 32 pessoas por dia, sendo a primeira causa de morte em Portugal, em ambos os sexos, correspondendo a quase 11% do total de óbitos, estimando-se que 400 das mortes se deveram à exposição ao fumo ambiental do tabaco. Assim, o tabaco foi apontado como responsável por 21% do total de mortes por cancro, 31% das mortes por doenças respiratórias, 9% de óbitos por doenças do aparelho circulatório, 2,5% das mortes por diabetes e 10% do total de óbitos por tuberculose (Nunes & Narigão, 2015; Jornal Enfermeiro, 2016). As estimativas do *Institute for Health Metrics and Evaluation*, apontaram para mais de 12 000 óbitos em Portugal devido a patologias associadas ao consumo de tabaco, incluindo a exposição passiva ao fumo (Nunes & Narigão, 2015). O mesmo instituto estimou que, em Portugal, no ano de 2016, morreram mais de 11 800 pessoas por doenças causadas pelo tabaco, sendo que 9 263 eram do sexo masculino (16,4% do total de óbitos) e 2 581 eram do sexo feminino (4,7% do total de óbitos), calculando-se que o tabaco teve influência em 46,4% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), 19,5% das mortes por cancro, 12,0% das mortes por infeções respiratórias do trato inferior, 5,7% das mortes por doenças cérebro-cardiovasculares e por 2,4% das mortes por diabetes. Em Portugal, a perda potencial de anos de vida saudável devido ao tabaco tem aumentado de forma exponencial, principalmente por patologias de origem neoplásica, doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crónicas (PNPCT, 2017).

Contudo, segundo o PNPCT (2016), Portugal registou nos últimos anos uma redução do consumo de tabaco. No relatório “Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números 2015”, observou-se que a prevalência de consumidores, com 15 ou mais anos, diminuiu

ligeiramente, de 20,9%, em 2005/2006, para 20%, em 2014. Quanto à prevalência de consumidores diários registou-se uma redução de aproximadamente 2% (de 18,7% para 16,8%). Já a percentagem de ex-fumadores aumentou aproximadamente 6% (de 16,1% para 21,7%). Com base nos dados do PNPCT (2017) entre o ano de 2012 e 2016/17 houve uma ligeira redução (1,2%) na prevalência de consumidores diários ou quase diários.

No último Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral em Portugal 2016/17, o tabaco surgiu como a segunda substância psicoativa mais consumida, registando prevalências entre os 40% (em 2001) e os 49% (em 2007 e 2016/17), sendo que quase metade (46,4%) da população inquirida declarou ter consumido tabaco ao longo da vida. O mesmo inquérito referiu que a média de idade de início do consumo do primeiro cigarro foi baixa (17 anos) e o consumo regular ocorreu, em média, aos 18 anos. A prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida (15-64 anos), foi em 2016 – 2017, no sexo feminino representada por 40,7% e no sexo masculino por 56,7% (Balsa, Vital & Urbano, 2017). De forma geral, o consumo de tabaco tem vindo a aumentar gradualmente no sexo feminino e, inversamente, tem vindo a diminuir no sexo masculino (Balsa, Vital & Urbano, 2014; Balsa, Vital & Urbano, 2017).

Neste contexto, no PNS 2012 – 2016, o PNPCT criado pelo despacho 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, publicado em Diário da República II a 13 de janeiro de 2012, foi considerado um programa de saúde prioritário. O programa tinha como finalidade aumentar a expectativa de uma vida saudável na população portuguesa, promovendo a redução da morbilidade e mortalidade associada ao consumo e exposição ao fumo de tabaco. Como um dos objetivos, o programa propunha-se a diminuir a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com idade superior ou igual a 15 anos em pelo menos 2% até 2016. No intuito de intervir perante a pessoa e comunidade, o PNPCT pretendia diagnosticar, avaliar, monitorizar e implementar medidas que visassem uma redução do consumo de tabaco. Para tal criou-se um compromisso coletivo, político, social, económico e cultural, na criação de condições para um futuro saudável, quer para as gerações presentes, quer para as futuras e, consequentemente, o aumento de ganhos em saúde [Nunes, 2013; Bonito (coord.), 2017].

Com o sucesso reconhecido do PNS 2012 – 2016, como elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, foi considerada a revisão e execução do plano, dando origem à extensão do PNS a 2020, seguindo as recomendações, princípios e estratégias da OMS para a Europa. Assim, foi centrado na melhoria da qualidade de bem-estar e saúde da população e na redução de desigualdades, através do reforço da liderança e políticas de governação para a saúde, que o plano foi desenhado. O sucesso do PNPCT refletiu-se na revisão do PNS até 2020, ao assumir que uma das quatro metas era reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com idade superior

ou igual a 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental. Os objetivos foram redigidos em função de três eixos, a prevenção de iniciação de consumo, a promoção da cessação tabágica e a proteção da exposição ao fumo ambiental, sendo as suas intervenções orientadas para a informação, educação para a saúde, formação e investigação [André, 2012; Nunes, 2013; DGS, 2015; Bonito (coord.), 2017].

Várias medidas foram sendo levadas a cabo em Portugal para combater o flagelo do tabagismo na sociedade, sendo que uma das mais marcantes foi a criação e revisão da lei do tabaco, que tem sido uma pedra basilar do sucesso do PNPCT.

1.1 – A LEI DO TABACO EM PORTUGAL

No seguimento da aprovação da primeira *Framework Convention on Tobacco Control* da OMS o governo português, ciente da necessidade de reduzir as mortes e as doenças relacionadas com o consumo de produtos de tabaco, a 9 de janeiro de 2004, assinou a convenção-quadro da OMS para o controlo do tabaco, dando origem a 8 de novembro de 2005 ao decreto n.º 25-A/2005. Neste contexto, foi publicada a primeira lei do tabaco em Portugal, a lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, alterada pela lei n.º 109/2015, de 26 de agosto e mais recentemente alterada pela lei n.º 63/2017. Nesta última, definiram-se normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas com objetivo de reduzir a procura de tabaco e a promoção da cessação do seu consumo [Bonito (coord.), 2017].

A criação da lei do tabaco que proíbe, desde agosto de 2007, fumar em recintos fechados, teve como objetivo fulcral criar normas para a prevenção do tabagismo, proteção à exposição do fumo de tabaco, promover a redução da procura de tabaco, cessação de consumo e proibir a venda de tabaco a menores de 18 anos (Portugal, Assembleia da República – Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto).

Depois da criação da lei do tabaco de 2007, o consumo tem reduzido ligeiramente, no que concerne ao número de fumadores e número de cigarros consumidos diariamente, sendo que as circunstâncias e motivações para o consumo recaem primordialmente sobre os grupos pares, curiosidade/vontade de experimentar e momentos festivos (Balsa, Vital & Urbano, 2014). No que concerne aos motivos de abandono de consumo, os estudos desenvolvidos por Balsa, Farinha, Francisco e Urbano (2003) e Balsa, Vital, Urbano e Pascueiro (2007), apontaram que se prendiam essencialmente na consciencialização dos riscos e questões de saúde e, seguidamente, mas com reduzido impacto no aconselhamento médico, na gravidez, na família/amigos, no preço elevado do tabaco e nas restrições impostas no trabalho e nos lugares públicos. Já a motivação para a

cessação tabágica, segundo Balsa, Vital e Urbano (2014), avaliada através do teste de *Richmond* demonstrou que 85,5% dos fumadores portugueses com idade compreendidas entre os 15 e os 64 anos apresentavam uma baixa motivação para a cessação tabágica. A avaliação do grau de dependência à nicotina foi feita através do teste de *Fagerström*. De modo geral, a maioria apresentou níveis baixos de dependência à nicotina. Tendo em conta o sexo dos participantes, verificou-se que o grau de dependência à nicotina baixo é mais elevado nas mulheres, enquanto os graus médio e elevado, eram superiores nos homens, sendo o grau de dependência mais baixo entre os mais jovens e mais elevado entre os mais velhos.

Para intensificar o combate ao consumo de tabaco, a 1 de janeiro de 2016, entrou em vigor a lei n.º 109/2015 de 26 de agosto, a primeira alteração à lei do tabaco criada em 2007, reforçando normas que promoviam a proteção do cidadão à exposição involuntária ao fumo de tabaco, seguindo diretrizes recomendadas pela OMS no programa *MPOWER* e a diretiva 2014/40/EU, do parlamento europeu e do conselho, de 3 de Abril 2014. As principais alterações diziam respeito ao facto de o cigarro eletrónico cumprir as mesmas regras dos restantes produtos de tabaco, proibição de fumar em recintos de diversão, casinos, bingos e salas de jogo, além de frases que alertavam para os malefícios do tabaco, os maços de cigarros terem imagens chocantes, a proibição de aromas nos cigarros, entre outras restrições pertinentes (PNPCT, 2017).

A pertinência da temática levou a que em junho de 2017, no parlamento, fosse aprovada a nova lei sobre o tabaco. Decorrente de uma proposta do governo, com alterações sugeridas pelo parlamento, procedeu-se à segunda alteração da lei n.º 37/2007, de 14 de agosto. Entrando em vigor no dia 1 de janeiro de 2018, a lei n.º 63/2017, aprovou normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo (PNPCT, 2017; Deco Proteste, 2017; Lusa, 2017; SNS, 2018). O conceito de fumar passou a integrar os novos produtos de tabaco sem combustão que produzam aerossóis, vapores, gases ou partículas inaláveis e reforçou as medidas a aplicar a estes novos produtos em matéria de exposição ao fumo ambiental do tabaco, publicidade e promoção. Foram alterados diversos artigos da lei n.º 37/2007 e da redação dada pela lei n.º 109/2015, nomeadamente os artigos referentes ao conceito de fumar, aos locais onde é proibido fumar e às exceções à proibição de fumar, à notificação de novos produtos de tabaco, à venda de produtos de tabaco, de produtos à base de plantas para fumar e de cigarros eletrónicos, à publicidade e promoção dos referidos produtos, às medidas de prevenção e controlo do tabagismo, às sanções acessórias e às entidades com responsabilidade de fiscalização (PNPCT, 2017; Deco Proteste, 2017; Lusa, 2017; SNS, 2018).

Destas alterações, destacou-se a obrigatoriedade das advertências gerais e mensagens informativas nos produtos do tabaco para fumar cobrirem 50% da embalagem e os produtos de

tabaco com aromatizantes na sua formulação ou nos seus componentes (filtros, papéis, embalagens ou cápsulas) passarem a ser proibidos. Contudo, para os produtos de tabaco cujo volume de vendas na União Europeia seja superior a 3%, como o mentol, foi estabelecido um período transitório até 20 de maio de 2020. Fumar nos locais destinados a menores de 18 anos, nomeadamente infantários, creches e outros estabelecimentos de apoio à infância, estabelecimentos escolares, lares de infância e juventude, centros de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias, parques infantis e demais estabelecimentos similares, passou a ser proibido. Também se tornou obrigatório haver espaços para fumar no exterior dos estabelecimentos, devidamente regulamentados, nomeadamente nos que prestam cuidados de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios etc.) e nos de ensino, independentemente da idade dos alunos e do grau de escolaridade. Esses espaços devem ficar no exterior dos edifícios, salvaguardando a imagem dos profissionais que os utilizam e garantindo a devida proteção aos elementos climatéricos. Destaca-se, ainda, o facto de a lei proibir qualquer discriminação dos fumadores nas suas relações laborais, quanto à seleção e admissão, à cessação da relação laboral, ao salário ou a outros direitos e regalias. A presente lei também introduz ainda dois novos artigos referentes à proteção dos trabalhadores e à comparticipação dos medicamentos de apoio à cessação tabágica (PNPCT, 2017; Deco Proteste, 2017; Lusa, 2017; SNS, 2018).

1.2 – DEPENDÊNCIA À NICOTINA E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA

O relatório do programa de prevenção e controlo do tabagismo 2017 para Portugal (PNPCT, 2017) revelou que, em 2016, morreu, a cada 50 minutos, uma pessoa por doenças atribuíveis ao tabaco, podendo dizer-se que o tabaco poderá ter sido responsável por cerca de uma em cada quatro mortes no grupo etário dos 50 aos 59.

Dependência à nicotina

O fumo do tabaco é composto por milhares de constituintes químicos potencialmente nocivos, uma mistura complexa e dinâmica, distribuídos pela fase gasosa e pela fase de partículas. Na fase gasosa o seu principal componente é o monóxido de carbono, contudo é na fase de partículas que se encontra o componente no fumo de tabaco determinante para o desenvolvimento da dependência, a nicotina, substância psicoativa com elevada capacidade de induzir dependência física e psicológica [Nunes (coord.), 2008; Nunes & Narigão, 2015; Pestana, 2018]. Apesar de a nicotina ser a substância dependente principal dos produtos de tabaco, a mesma é reforçada pela adição de outros produtos químicos no processo de fabrico sofisticado e moderno, ao conjugar a

componente química e física (ex. filtros e poros de ventilação desenhados na maioria dos cigarros atuais, aromas “mentol” que mascaram o mau sabor dos componentes de tabaco e anestesiaram as vias aéreas superiores, ...), potenciando a absorção da nicotina a nível cerebral e assim aumentando o grau de dependência à nicotina, o risco de doença associada ao tabaco e dificultando a cessação tabágica [Bonito, (coord.), 2017].

A nicotina consiste num alcaloide com efeitos no sistema nervoso associado à libertação de dopamina e noradrenalina. Consoante as doses poderá ter efeitos estimulantes ou depressivos a nível do sistema nervoso central. Em pequenas doses, principalmente, produz efeitos estimulantes, aumenta a concentração, vigiância e memória e reduz a ansiedade e *stress*. Em doses elevadas tem, principalmente, efeitos depressivos [Nunes (coord.), 2008; Nunes & Narigão, 2015; Pestana, 2018]. A nível do sistema nervoso periférico é responsável pelos efeitos cardiovasculares, nomeadamente, pelo aumento da tensão arterial e frequência cardíaca e pela vasoconstrição periférica e coronária (Pestana, 2018).

Cerca de 90% da nicotina inalada, uma vez absorvida pelo pulmão, atinge o cérebro 10 segundos após a inalação, sendo esta relação imediata, um dos fatores que explica a dependência elevada que a nicotina desenvolve [Nunes (coord.), 2008; Pestana, 2018]. Desde 1992 que a OMS classificou formalmente a dependência à nicotina como uma doença, incluindo-a na 10^a Classificação Internacional de Doenças e desde 1994 que a *American Psychiatric Association* a integrou como um transtorno resultante do consumo de uma substância no Manual Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, (Nunes, 2008). Neste contexto, segundo Bonito [(coord.) 2017: 12] “fumar não é uma livre escolha de adultos ou um estilo de vida, mas uma dependência e uma doença crónica iniciada habitualmente na infância ou na adolescência”.

O grau de dependência à nicotina varia de indivíduo para indivíduo, principalmente por fatores genéticos (Nunes & Narigão, 2015). Contudo, os adolescentes e adultos jovens, dada a sua imaturidade cerebral e psicoemocional, são mais vulneráveis à dependência e aos estímulos sociais e do marketing promotor do consumo de tabaco [Bonito, (coord.), 2017; PNPCT, 2017].

De acordo com os critérios da 10^a Classificação Internacional de Doenças, semelhantes aos critérios do Manual Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, a dependência de substâncias contempla seis critérios, sendo que a presença de pelo menos três de forma repetida no ano anterior, indica a presença de dependência. Os critérios de dependência são [Nunes (coord.), 2008; Associação Psiquiátrica Americana, 2014]:

1. O desejo forte/compulsivo para consumir a substância;
2. A dificuldade em controlar o consumo no início do comportamento, na tentativa de cessação tabágica e na sua intensidade;

3. Demonstrar sinais de síndrome de abstinência (fumar nos primeiros minutos após acordar, fumar repetidamente ao longo do dia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, insônia e humor deprimido, ...);
4. Desenvolver tolerância à substância (o indivíduo demonstra a necessidade de consumir a substância psicoativa de forma crescente para obter os efeitos originais alcançados por doses mais baixas);
5. Perda progressiva do interesse por atividades sociais, laborais ou de lazer;
6. Persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas evidentes de doença.

Os sintomas de privação à nicotina, normalmente, são sentidos por quase todos os fumadores aquando da cessação ao fim de poucas horas, podendo persistir durante semanas ou meses. Alguns sintomas mais frequentes são o desejo compulsivo de fumar, irritabilidade, frustração, ansiedade, dificuldade de concentração, cansaço, impaciência, insônia, obstipação, aumento do apetite/aumento de peso. Apesar de estes sinais variarem de pessoa para pessoa, em regra, os fumadores mais dependentes experimentam mais sintomas. As intensidades máximas dos sintomas de privação surgem normalmente após algumas semanas da interrupção do consumo, pelo que nesta fase a incapacidade de resistir ao consumo está na origem da maioria das situações de recaída, reforçando a necessidade e importância que o acompanhamento e a consulta para a cessação tabágica assumem (Nunes & Narigão, 2015; Pestana, 2018).

Face ao exposto, todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade de promover estilos de vida saudáveis e prestar cuidados preventivos, nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. As competências e padrões de qualidade destes profissionais são descritas pela OE em enunciado (OE, 2015; OE, 2018), onde incluem o papel fulcral que desempenham no processo de mudança de comportamentos, em particular, na motivação para a cessação tabágica, contribuindo, assim, para o sucesso quer da prevenção, quer do tratamento do tabagismo.

Dada a importância que a motivação tem para o sucesso da prevenção e no tratamento do tabagismo para a cessação tabágica, abordou-se o conceito da motivação tendo apenas em conta a sua dimensão em saúde na problemática do tabagismo.

Motivação para a cessação tabágica

A epidemia do tabagismo é, atualmente, considerada uma das maiores ameaças à saúde pública, tendo em conta as suas consequências e por ser um dos fatores de risco mais preocupantes na doença respiratória, cardiovascular e neoplásica (Belo & Rebelo, 2018; Machado, 2018).

Sendo uma das principais causas de doença evitável e tratável, torna-se fulcral os profissionais de saúde incentivarem a cessação tabágica. O processo de cessação tabágica varia de indivíduo para indivíduo, pelo que cada fumador deve ser avaliado tendo em conta os aspetos sociais, ambientais, psicológicos e biológicos que estão inter-relacionados entre si (Pestana, 2018). Neste contexto, torna-se primordial “avaliar a motivação (conjunto de forças internas que mobilizam o indivíduo para atingir um dado objetivo, como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio)” (Rosendo, Fonseca, Guedes & Martins, 2009:785).

Botelho, Espinosa, Pawlina e Rondina (2015) alertam que os profissionais de saúde que cuidam de utentes inscritos em programas de cessação tabágica, para a necessidade de se concentrarem na motivação do utente, uma vez que a maioria dos fumadores que procuram ajuda não está realmente pronta para deixar de fumar. Fortalecer a motivação é essencial para incentivar mudanças de comportamento, devendo o profissional concentrar-se no comportamento ambivalente dos fumadores que querem parar de fumar, mas simultaneamente, se sentem incapazes de o fazer.

Conhecer os comportamentos da população face ao consumo de tabaco torna-se essencial no desenvolvimento de estratégias de prevenção e controlo eficiente do tabagismo (PNPCT, 2014). Desde 1990 que se reconhecem os evidentes benefícios que a cessação tabágica tem para a saúde. Ex-fumadores que cessam os hábitos tabágicos antes dos 50 anos, reduzem para metade o risco de morte e de desenvolver doenças do foro cardíaco, respiratório, gástrico, urinário e ginecológico, como inúmeros tipos de neoplasias, o risco de aborto espontâneo, morte súbita do recém-nascido, entre outras enfermidades (Simas, Marinho & Dias, 2015). Também a OMS (2016) reforça que a evidência tem demonstrado que a cessação dos hábitos tabágicos é a única intervenção passível de reduzir a morbilidade e mortalidade a curto e médio prazo. A cessação tabágica ou o tratamento do grau de dependência à nicotina do tabaco devem ter por base a motivação, aconselhamento e orientação por grupos de profissionais especializados, sendo, que o seu sucesso depende da implementação de forma sinérgica a nível mundial de programas de controlo do tabagismo de forma abrangente.

Segundo Pestana (2018) o processo de cessação tabágica é dinâmico passando por diferentes níveis de motivação, intenção e confiança. Para compreender o grau de motivação no momento de intervenção do profissional de saúde, torna-se necessário saber se o fumador pretende deixar de fumar nos próximos seis meses (fase de pré-contemplação), se pensa deixar de fumar no próximo mês (fase de contemplação) ou se tentou deixar de fumar no último ano (fase de preparação). O fumador que deixa de fumar e se encontra há seis meses em abstinência entra na fase de manutenção, podendo a partir deste momento assistir-se ao abandono definitivo ou recaída.

O desconhecimento dos riscos de fumar faz com que o aconselhamento por parte dos profissionais de saúde de forma multidisciplinar seja fundamental, nomeadamente, incentivando e mantendo a motivação para o sucesso da cessação tabágica, repercutindo-se deste modo em ganhos em saúde individuais e coletivos (Nunes & Narigão, 2015; Garcia, Andrade, Biral *et al*, 2017).

Neste contexto, cabe ao profissional de saúde motivar e alertar o fumador para os benefícios da cessação tabágica (Gonçalves, Torrado, Sousa, Alves & Costa, 2015; Nunes & Narigão, 2015; Pestana, 2018; Machado, 2018):

- ❖ **Benéficos imediatos:** ao fim de 8h – monóxido de carbono baixa e o oxigénio aumenta; 72h – a capacidade pulmonar melhora e a respiração é mais fácil, verificando-se gradualmente a diminuição da tosse, melhoria do paladar, do olfato, hálito, entre outros;
- ❖ **Benéficos a médio/longo prazo:** melhoria da saúde oral, melhoria das rugas da pele, a ansiedade e a depressão diminuem. Reduz o risco de doença coronária e cerebrovascular, cancro do pulmão e outros cancros. Diminui a incidência da DPOC, de sintomas respiratórios de que são exemplo a tosse, expetoração e pieira), bem como de infeções respiratórias (ex: bronquite e pneumonia), reduzindo o risco de morte prematura (fumadores que abandonam o hábito antes dos 50 anos). Refira-se ainda, a diminuição em 50% do risco de morrer nos próximos 15 anos; após um ano de abstinência, o risco de doença cardiovascular diminui para metade do verificado nos fumadores; após 15 anos de abstinência o risco de doença cardiovascular é igual ao de um não fumador; após 5 a 15 anos de abstinência o risco de acidente vascular cerebral iguala o dos não fumadores; a função pulmonar, particularmente nos fumadores mais jovens, apresenta índices de recuperação de 5% ao fim de poucos meses de abstinência; o risco de complicações na gravidez e parto reduz, sendo menor a probabilidade de dar à luz recém-nascidos de baixo peso.

No domínio da cessação tabágica, as consultas, a frequência de contactos e a proximidade estabelecida entre o profissional de saúde e o fumador, são fatores favoráveis para aumentar a motivação, devendo ser aproveitados no sentido de promover a literacia e a capacitação para escolhas mais saudáveis (Nunes & Narigão, 2015). A motivação é o primeiro passo para o sucesso da cessação tabágica (Machado, 2018), pelo que os profissionais de saúde devem estar familiarizados com o tipo de intervenções não farmacológicas e farmacológicas existentes. Neste contexto, uma intervenção estruturada em cinco etapas, conhecida pelo acrónimo “5As”

(Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar) é o recomendado na prática dos profissionais de saúde, consistindo numa abordagem de aconselhamento e tratamento breve do tabagismo (Nunes & Narigão, 2015; Gonçalves, Torrado, Sousa, Alves & Costa, 2015; Pestana, 2018).

A pessoa fumadora requer um acompanhamento adequado de uma equipa multidisciplinar, podendo os enfermeiros em geral e em particular o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, desempenhar um papel primordial na promoção da motivação para a cessação tabágica, de acordo com as suas competências, papel social e intervenção no âmbito comunitário nas diversas fases do ciclo vital. Ainda que conscientes deste seu papel, os profissionais de enfermagem são também consumidores de tabaco. Neste sentido, conhecer os hábitos tabágicos dos enfermeiros na sociedade é essencial, no intuito de identificar, avaliar e implementar estilos de vida saudáveis no próprio grupo profissional, e assim, servir de modelo para uma sociedade sem tabaco. Apresenta-se, de seguida, alguns dados acerca do consumo de tabaco nos enfermeiros.

1.3 – O CONSUMO DE TABACO NOS ENFERMEIROS

De todas as substâncias psicoativas, o tabaco é aquele que é consumido diariamente com mais frequência, sendo assim para mais de 90% dos consumidores (Balsa, Vital & Urbano, 2017).

Apesar do importante papel que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desempenham nos diversos programas de promoção da saúde e da prevenção da doença (onde se incluem os programas de cessação tabágica), alguns destes profissionais são também consumidores de tabaco sendo escassos os estudos publicados sobre os hábitos tabágicos dos enfermeiros (Costa, 2006; Machado, 2016).

A elevada prevalência de fumadores no grupo dos profissionais de saúde, nomeadamente nos médicos e enfermeiros, merece particular atenção, uma vez que poderão funcionar como modelos na sociedade. Fraga, Sousa, Santos, *et al* (2005) referem que um inquérito realizado em Coimbra (1980) mostra que o consumo de tabaco entre médicos e enfermeiros tem uma percentagem elevada, uma vez que fumavam 51% dos médicos e 46% das médicas, acompanhadas por 49,3% dos enfermeiros e 20,7% das enfermeiras.

Um estudo efetuado no Hospital Amato Lusitano, por Almeida em 2003, referido por Fraga, Sousa, Santos, *et al* (2005), demonstra uma prevalência de fumadores enfermeiros de 27,7%.

No Porto, em 2004, a prevalência de tabagismo em médicos e enfermeiros situava-se em 20,5%, dos quais 77% referiram fumar no local de trabalho. A prevalência de tabagismo foi superior no sexo masculino em relação ao sexo feminino, não se observando diferenças estatisticamente significativas nas proporções de fumadores por grupo etário, grupo profissional ou contexto de trabalho. Os fumadores iniciaram o consumo de tabaco com idade superior ou igual a 18 anos e a maioria afirmou ter tentado seriamente deixar de fumar pelo menos uma vez, apesar de não se observar diferenças estatisticamente significativas com as variáveis em estudo. Fazendo uso do teste de *Richmond*, a maioria apresentava moderada ou elevada motivação para deixar de fumar, não havendo associações significativas com as variáveis em estudo. No que se refere ao grau de dependência à nicotina apenas 20% dos fumadores apresentava um elevado grau de dependência (≥ 6 pontos no teste de *Fagerström*), não se observando evidência de que o nível de dependência à nicotina estivesse associado ao sexo, à idade ou ao grupo profissional. Porém, os profissionais de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e os que iniciaram o consumo de tabaco antes dos 18 anos apresentaram um maior grau de dependência (Costa, 2006).

Num estudo descritivo que procurou conhecer a prevalência do consumo de tabaco nos profissionais de saúde do agrupamento dos centros de saúde do Porto (Duarte, 2014), dos 305 profissionais participantes, apenas se obtiveram 94 respostas. A maioria (64%) era não-fumadora, sendo que 14% eram fumadores diários e 13% ex-fumadores. Apesar de não se observar nenhum fumador (diário) no grupo dos médicos participantes, este grupo foi o que apresentou maior número de ex-fumadores, comparado com os enfermeiros. O grupo dos médicos e dos enfermeiros foram os dois grupos com maior número de respondentes, contudo, foi o grupo profissional dos enfermeiros a registar o maior número de fumadores diários e ocasionais. Segundo o autor esta situação resultou principalmente por serem grupos sujeitos a elevados níveis de *stress* (trabalho por turnos), mesmo nos CSP. A média de idade de início do consumo fora os 18 anos. A maioria dos que cessou o consumo fê-lo há bastantes anos, quando poucas eram as propostas medicamentosas, quando as intervenções para a cessação tabágica eram pouco difundidas e quando era um hábito socialmente mais aceitável. Fazendo uso do teste de *Fagerström*, para conhecer o grau de dependência à nicotina, o autor obteve um resultado médio na amostra em causa de baixa/moderada dependência, sendo esta superior no sexo masculino. Apesar de a maioria dos fumadores fumar ao ar livre, 12% afirmaram fumar no local de trabalho. Segundo o autor, 68% dos fumadores afirmou expor os outros ao fumo e cerca de 7% expôs outros ao fumo na sua própria habitação. Apesar dos participantes fumadores da amostra não serem muito dependentes, revelaram grande relutância em cessar o consumo.

Num estudo em 2014 (Saraiva, Chaves, Duarte & Amaral, 2017), procuraram conhecer o grau de dependência à nicotina em estudantes de enfermagem do 4º ano de curso. Verificaram

uma prevalência de consumo de tabaco de 25,2%, sendo o sexo masculino o mais representado. Observaram que a média de idade de início de consumo foram os 16,8 anos, sendo que 42,2% iniciou o consumo depois dos 18 anos. Relativamente ao grau de dependência à nicotina (avaliada através do teste de *Fagerström*), dos indivíduos que iniciaram o consumo precocemente, antes dos 15 anos, 44,4% apresentaram um nível dependência elevado. Por outro lado, nos que iniciaram o consumo depois dos 18 anos o nível de dependência era muito baixo. Contudo, a maioria dos participantes não se considerava dependente do tabaco. As autoras verificaram que quanto mais tardiamente se iniciava o consumo menor era a probabilidade de se tornar dependente. Dos participantes, 43,1% já tinha feito pelo menos uma tentativa de cessação e desses 91% recorreram à consulta de cessação tabágica. A maioria revelou conviver com fumadores, nomeadamente familiares e amigos próximos. Quanto às situações que podem levar ao consumo, destacaram-se o consumo de bebidas alcoólicas, após as refeições, após consumo de café e a situações de ansiedade e *stress*. Observaram que o *stress* era preditor do grau de dependência à nicotina, sendo que quanto mais *stressado* era o estudante, maior o grau de dependência.

Recentemente, Bonito (coord., 2017) procurou avaliar as competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos cursos de Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Medicina Dentária, relatório entregue pela DGS através do PNPCT. Dos 1 100 estudantes de enfermagem, a maioria (55,9%, $n=584$) responderam já ter consumido produtos de tabaco. Apesar de a maioria (84,4%, $n=928$) dos respondentes ser do sexo feminino, esta experimentação teve maior expressão no sexo masculino (64,3%, $n=110$). A média de idade de experimentação de consumo foi 16,3 anos, sendo que nos consumidores regulares a média de início de consumo foram os 17,9 anos. Os motivos apresentados/identificados para o início do comportamento aditivo foram, por ordem decrescente, a influência dos amigos e/ou colegas, o gosto e aroma do tabaco, a estética das embalagens, a influência dos familiares, *stress*, curiosidade, hábito social, ocupação das mãos, ansiedade, conforto, companhia, insegurança, gosto e por brincadeira. A maioria referiu consumir até 10 cigarros por dia. Os ex-fumadores responderam que os motivos principais que os levaram à cessação tabágica foram as preocupações com os riscos para a sua saúde e para poderem ser um exemplo à sociedade enquanto futuros/as profissionais de saúde. A maioria dos consumidores regulares referiram já ter tentado deixar de fumar demonstrando motivação e intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias ou nos próximos seis meses. Apesar de a maioria dos participantes referir não estar exposto a fumo ambiental do tabaco no local onde reside, inversamente, a maioria referiu ter estado exposto a fumo ambiental do tabaco fora do local de residência.

De seguida apresentam-se alguns resultados de estudos sobre o tabagismo em profissionais de saúde a nível internacional.

Numa investigação realizada em profissionais de saúde de Madrid, nos anos de 1998 e 2001, verificou-se que os hábitos tabágicos estavam presentes em enfermeiros e médicos, 43,1% em 1998 e 43% em 2001. Nos dois anos os hábitos tabágicos foram mais frequentes nos enfermeiros (47,6% e 47%) do que nas enfermeiras (34,7% e 37%), e entre aqueles que trabalham em serviços que prestam cuidados especializados (46,6% e 46,7%) em comparação com aqueles que trabalham nos CSP (35,3% e 37,3%). A faixa etária inferior a 30 anos foi onde a prevalência era menor. O número médio de cigarros consumidos foi superior em 2001 (14,22 *versus* 15,9 cigarros/dia). A percentagem dos que referiram fumar habitualmente no local de trabalho em salas de uso comum diminuiu (90,6% *versus* 87,1%) e aqueles que indicaram que havia um local específico para fumar no seu local de trabalho aumentou (30,4% *versus* 59,4%) (Ruiz & Bayle, 2003).

Em 2002, num estudo feito nos CSP de Barcelona, para conhecer os hábitos tabágicos dos profissionais de saúde, o perfil dos fumadores, o seu grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica, demonstrou que no grupo de enfermeiros ($n=154$) 31,2% ($n=48$) eram fumadores e 32,5% ($n=50$) eram ex-fumadores. O consumo médio dos participantes era de 16,6 cigarros/dia, tendo iniciado o consumo com uma média de idade de 23,2 anos. Dos participantes, 54,3% referiram já ter pelo menos feito uma tentativa para deixar de fumar. Quanto ao grau de dependência à nicotina, fazendo uso do teste de *Fagerström*, os participantes demonstraram ter uma elevada dependência (59,1%). No que se refere à motivação para a cessação tabágica, fazendo uso do teste de *Richmond*, revelaram uma alta motivação (76,7%). Quando questionados se deixariam de fumar se lhes fosse oferecida ajuda, 29 dos fumadores responderam que não e 18 dos fumadores enfermeiros responderam que sim. Do total dos participantes, a maioria intervém regularmente no apoio a cessação tabágica (Moré, Canterra, Fibla, Remon & Crespo, 2002).

Num estudo qualitativo realizado, em 2007, no Brasil, por Cardoso, Santos e Berardinelli (2009), a 13 estudantes de enfermagem no intuito de conhecer a relação estilo de vida e o consumo de tabaco entre estudantes, observou-se que todos os participantes negavam ser dependentes do tabaco, não permitindo que as ideias de abandono e síndrome de abstinência fossem relacionadas ao hábito de fumar. A maioria descreveu os seus estilos de vida como não saudáveis, como tendo atividades promotoras do *stress*, considerando que o tabaco assumia um papel de válvula de escape para o *stress*, proporcionando alívio e relaxamento. Segundo o autor do estudo o *stress* e o cigarro desenvolviam uma relação interna de dependência, ou seja, à medida que o *stress* aumentava a vontade de fumar aumentava e, consequentemente, o consumo de cigarros. Outro fator observado pelo autor foi a relevância de o hábito ser um critério para inserção e aceitação do indivíduo em determinados grupos sociais. Neste sentido, Cardoso, Santos e Berardinelli

(2009: 373) salientaram que “as propagandas e os ideais de sensualidade e elegância disseminados por elas influenciam de maneira direta no estilo de vida de muitos indivíduos e dos grupos sociais nos quais estão inseridos”. Segundo os autores os principais motivos que influenciam o processo de iniciação e manutenção do tabagismo foram o *stress* e os grupos sociais.

Rocha e David (2015) procuraram descrever a prevalência e padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde no Rio de Janeiro. Neste estudo, 83% dos participantes já tinham consumido drogas, sendo a droga mais consumida referida pelos participantes as bebidas alcoólicas (51,4%), seguida do tabaco (17,9%) e ansiolíticos e sedativos (10,4%). Cerca de 67,6% consideraram que o seu consumo se relacionou com o *stress* e/ou condições de trabalho.

Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016) ao efetuarem um estudo numa unidade hospitalar do Brasil observaram uma prevalência de fumadores na faixa etária dos 20 aos 49 anos, sendo o sexo masculino mais representativo apesar do número de fumadores do sexo feminino estar tendencialmente a aumentar e se observar um aumento do consumo de tabaco nos mais jovens. Contudo, não verificaram que a variável sexo fosse determinante para ser ou não fumador. De acordo com as autoras, outros estudos demonstraram que a mulher solteira ou divorciada era mais propensa a fumar que a casada ou em união estável. Observaram, também, que nos participantes com um nível de formação superior, com cargos mais exigentes e que exercem a sua atividade em serviços que exigem maior esforço físico, a prevalência de tabagismo tende a aumentar. Segundo as autoras, a elevada percentagem de fumadores nos profissionais de saúde, demonstra que a escolaridade e o acesso à informação sobre os riscos, nem sempre são fatores de dissuasão e abandono do comportamento. Verificaram que o consumo teve início em média aos 18 anos de idade. Os motivos mais referidos para o início do consumo foram a curiosidade, um comportamento social aceitável, uma forma de relaxamento, a carga horária excessiva, ansiedade e *stress* implícito na atividade profissional. O grau de dependência à nicotina, observado, foi mais elevado nos mais velhos e com menor nível de escolaridade, porém foram os mais jovens que apresentaram menor motivação para a cessação tabágica. Os maiores índices de motivação para a cessação tabágica observaram-se nos indivíduos do sexo masculino, nos mais velhos, menor nível de escolaridade, *status* social mais baixo e os que consomem há mais anos. De uma forma geral, a maioria dos fumadores apresentava baixo nível de dependência e baixa motivação para a cessação tabágica, sendo que a formação, serviço e as funções que desempenham estão associadas a hábitos tabágicos mais elevados.

A nível mundial, embora se observe uma tendência global de declínio no consumo de tabaco entre os profissionais de saúde nos últimos 30 anos, as taxas de prevalência ainda são bastante elevadas. Refira-se, por exemplo, uma prevalência de 39% nos médicos Gregos, de 37%

nos odontologistas Brasileiros e em Itália, Espanha e Reino Unido, entre profissionais de enfermagem a prevalência de fumadores varia entre 29% e 50% (Machado & Silveira, 2014).

A elevada taxa de profissionais de saúde fumadores, em particular de enfermeiros fumadores, parece ser antagónico/contraditório ao desígnio do seu papel profissional e social de promotor de saúde e de estilos de vida saudáveis. Acresce referir, que, em particular o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, integra no seu perfil de competências, tendo em conta a população alvo e o contexto de intervenção, avaliar o estado de saúde da comunidade, desenvolver programas e projetos que visem a capacitação dos grupos e comunidades quanto ao seu estado de saúde, promovendo ambientes seguros e saudáveis, ao implementar ações no intuito de reduzir fatores de risco que coloquem em desequilíbrio o bem-estar do indivíduo, família e comunidade (OE, 2018). Neste contexto, o enfermeiro que exerce a sua atividade no âmbito comunitário deve assumir o papel de modelo, promotor e educador em saúde na adoção de estilos de vida saudáveis, sendo um elemento chave em intervenções promotoras de saúde e de prevenção da doença no decorrer do ciclo vital. Como modelo de comportamentos e atitudes para a comunidade, deve ser da responsabilidade pessoal e profissional do enfermeiro manter e adotar estilos de vida saudáveis, a fim de poder servir de exemplo para estimular o indivíduo, família, grupos e comunidades, a adotar comportamentos que visem a qualidade de vida e o bem-estar biopsicossocial e espiritual.

2 – O *STRESSE* OCUPACIONAL NOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

A adaptação do ser humano a situações de *stresse* ocupacional é atualmente uma das questões mais desafiantes e relevantes que se coloca ao estudo do comportamento humano, dadas as implicações que o fator *stresse* pode ter no contexto laboral sobre o desempenho do trabalhador e, consequentemente, sobre as organizações empregadoras (Esteves & Gomes, 2014). Segundo Gomes, Santos e Carolino (2013) vários estudos indicam que o *stresse* ocupacional tem sido responsável pela diminuição da qualidade do desempenho profissional, satisfação e bem-estar pessoal e pelo absentismo laboral sendo, consequentemente, um aspeto determinante da qualidade dos serviços prestados, no aumento do número de erro e nos elevados custos financeiros associados a este.

O *stresse* ocupacional pode ser definido como um estado emocional desagradável devido à tensão, ansiedade e exaustão emocional, relacionados com aspetos do trabalho que são compreendidos como ameaçadores, resultando de um conjunto de fatores e não apenas de um único fator presente no ambiente de trabalho (Silveira, Boaretto, Júnior & Campos, 2016).

A investigação tem assumido um papel preponderante neste domínio, porém continua a existir uma lacuna quando se fala de fatores que podem condicionar e promover a adaptação a situações de *stresse* em contexto laboral, particularmente nas atividades que parecem mais suscetíveis ao *stresse* ocupacional. As profissões associadas à saúde estão, genericamente, associadas a *stresse* (Gomes, Santos & Carolino, 2013; Esteves & Gomes, 2014; Costa, Roque, Silva & Veloso, 2015; Pereira & Gomes, 2016).

Os efeitos negativos relacionados com o *stresse* diferem entre os diversos grupos profissionais. Pode-se considerar que os profissionais da saúde são uma classe particularmente afetada pelo *stresse* ocupacional tendo em conta que exercem funções de grande exigência e responsabilidade. Estes profissionais podem considerar-se um grupo de risco. De modo geral, os profissionais de saúde estão expostos a situações de maior exaustão emocional, estando em contacto constante com situações patológicas graves, sofrimento, dor física e emocional, trauma e morte. Também o seu próprio *stresse* pode gerar uma falta de empatia com os utentes que são foco da sua atenção pela natureza do próprio trabalho, que obriga ao contacto contínuo com diversas patologias. (Costa, Roque, Silva & Veloso, 2015).

Vários estudos descrevem que os profissionais de saúde são uma classe suscetível de desenvolver *stresse* ocupacional por estar exposta a grandes cargas de pressão no seu local de trabalho. Têm sido realizados vários estudos neste âmbito, no intuito de conhecer as causas de *stresse* ocupacional nos profissionais de saúde e os efeitos negativos que podem daí advir, quer ao nível da saúde física e mental do profissional, quer ao nível da qualidade de cuidados prestados,

podendo colocar em causa o bem-estar dos utentes que recorrem aos cuidados de saúde (Cabanelas, Cruz & Gomes, 2009).

A enfermagem encontra-se entre as profissões de saúde onde se observam níveis de tensão laboral muito significativos. Diariamente encontram-se sujeitos a diversas situações desgastantes, quer pela proximidade dos utentes ou pela especificidade das tarefas, quer pelas características do ambiente de trabalho e a sua organização. A qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter um impacto decisivo na qualidade de cuidados prestados. A tomada de decisão nos profissionais de enfermagem é muito determinante, pois a opção por um procedimento menos adequado, nas situações com que se confrontam diariamente, pode agravar o estado de saúde de quem cuidam e, em casos extremos, levar à morte (Gomes, Santos & Carolino; 2013; Esteves & Gomes, 2014; Costa, Roque, Silva & Veloso, 2015; Pereira & Gomes, 2016).

O enfermeiro desenvolvendo a sua atividade profissional inserido num ambiente onde as atividades rotineiras e repetitivas, o sofrimento/morte, a sobrelotação, a falta de recursos humanos/materiais, a desvalorização salarial/profissional, a falta de apoio e reconhecimento pela instituição, entre outros fatores, é uma realidade. Tais situações são a origem de diversos problemas de natureza física e psicológica como, altos níveis de *stress*, insatisfação profissional, exaustão, tensão muscular, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, depressão, entre outros. Acredita-se que os fatores apresentados levam a que os enfermeiros estejam mais suscetíveis a comportamentos aditivos, como o tabagismo. Historicamente estes comportamentos estão relacionados como formas de aliviar a tensão e diminuir o *stress* (Scholze & Martins, 2016).

Em estudos portugueses, os enfermeiros parecem ser os que apresentam maiores níveis de *stress*, nomeadamente nos estudos efetuados por Melo, Gomes e Cruz (1997), que avalia o *stress* ocupacional nos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, ...) e nos profissionais de ensino (professores, educadores, ...) e por Ribeiro, Gomes e Silva (2010), que avalia o *stress* ocupacional entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar (Costa, Roque, Silva & Veloso, 2015). Alguns estudos mostram que na enfermagem, cerca de 25% dos profissionais apresenta *stress*, depressão e/ou ansiedade (Santos & Almeida, 2016).

Vários estudos têm vindo a identificar fatores de *stress* específicos do trabalho do enfermeiro. Num estudo efetuado por Gomes, Santos e Carolino (2013) das fontes de *stress* identificadas, destacam-se a baixa renumeração e a falta de reconhecimento social da profissão. Foram ainda reconhecidos como fatores de *stress* as condições físicas de trabalho, a sobrecarga de trabalho, situações relacionadas com aspetos emocionais, o confronto diário com a doença, a morte e diversas situações de carácter emocionalmente negativo. Destaca-se, ainda, o facto de os profissionais do sexo feminino evidenciarem mais *stress* ocupacional em comparação com o

sexo masculino, o que poderá ser atribuído às múltiplas funções que as mulheres exercem para além da atividade laboral, como é exemplo os aspetos de vida familiar e doméstica.

Num estudo comparativo efetuado por Gomes (2014), usando o Questionário de *Stresse* nos Profissionais de Saúde (QSPS), entre médicos e enfermeiros, os dados revelaram que a nível geral 14,8% de 62,2% dos enfermeiros percecionaram a sua atividade de muito *stressante*. O lidar com clientes e a carreira e renumeração, foram as duas dimensões que evidenciaram mais *stresse*. Sobressaiu uma tendência maior nas mulheres para o *stresse* relacionado com o lidar com clientes, as relações profissionais, o excesso de trabalho, a carreira e renumeração e as ações de formação. Também se observou que os solteiros experienciavam maior *stresse* na dimensão excesso de trabalho e a carreira e renumeração. Os vínculos mais precários evidenciavam mais *stresse* na dimensão carreira e renumeração, inversamente, os indivíduos com vínculos efetivos demonstraram maior nível de satisfação e realização pessoal e profissional. Os trabalhadores com regime de trabalho por turnos evidenciaram maiores níveis de *stresse* a nível das relações profissionais, excesso de trabalho e carreira e renumeração, comparativamente com os indivíduos com horário diurno.

Num estudo realizado por Lopes (2016), refere-se que a esmagadora maioria dos enfermeiros trabalha sob *stresse*, representados por 86% dos participantes, sendo o *stresse* apontado como uma área que provoca maior danos físicos e psicológicos negativos nos profissionais de saúde.

Silveira, Boaretto, Júnior e Campos (2016) num estudo exploratório, identificaram como principais fatores de *stresse* ocupacional nos enfermeiros: as condições de trabalho inadequadas, a insuficiência de recursos materiais, problemas estruturais, sobrecarga de trabalho, convivência com a morte, relações interpessoais prejudicadas e o trabalho no turno da noite.

Fazendo uso do questionário QSPS, Pereira e Gomes (2016) estudaram o *stresse* ocupacional dos enfermeiros, observando que a maioria (76,4%) identificou o nível global de *stresse* no exercício da sua atividade como moderado. Como principais fatores para essa situação destacaram-se as questões relacionadas com o lidar com clientes, a carreira e renumeração e o excesso de trabalho.

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) referenciou o *stresse* como um dos graves problemas de saúde no local de trabalho, afetando cerca de um quinto dos trabalhadores da União Europeia, sendo que um dos sinais comportamentais mais relevantes do efeito do *stresse* nos profissionais era a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, sendo exemplo, o aumento do consumo de tabaco no local de trabalho (EU-OSHA, 2017).

O consumo de tabaco pode estar associado ao alívio do *stresse*, sendo que Childs e Wit (2009) referem que o consumo de tabaco de facto altera a resposta ao *stresse* que, por sua vez,

contribui para a manutenção do consumo de tabaco, enquanto mecanismo de *coping* face ao mesmo.

O *stress* ocupacional tem sido uma área muito estudada devido aos efeitos negativos que representa a vários níveis, quer pessoal, grupos, família ou organizacional. Verifica-se, por exemplo, que a nível pessoal, problemas de insatisfação e realização, desinteresse e desmotivação, exaustão emocional e física, podem conduzir a problemas de saúde física e mental, como por exemplo o consumo excessivo de tabaco (Costa Roque, Silva & Veloso, 2015).

Apesar dos avanços gerais no controlo do tabagismo, as elevadas taxas de fracasso do tratamento em programas de cessação do tabagismo são motivo de preocupação. Dentro de diversos fatores estão os altos níveis de ansiedade, depressão e *stress* e o baixo nível de motivação para a mudança de comportamento dos utentes que procuram tratamento por meio de programas de cessação do tabagismo (Botelho, Espinosa, Pawlina & Rondina, 2015).

Segundo Childs e Wit (2009) pode considerar-se que ao longo dos anos, o *stress* é um dos fatores preponderantes no consumo de substâncias aditivas e na manutenção da dependência dessas substâncias, nomeadamente no consumo de tabaco. Contudo, a abstinência tabágica pode ser considerada um agente provocador de *stress* sendo que, dessa forma, o fumador percebe o alívio de *stress* ao aliviar os sintomas de abstinência.

Já Rosenberg (2003) alertava que para além das condições genéticas, existiam outros fatores, como é o caso do *stress*, que aumentavam o consumo de tabaco. Segundo o autor, nos fumadores regulares o grau de dependência à nicotina aumenta o *stress*, sendo que o aparente efeito relaxante do tabagismo para alívio do *stress* é rápido, pois logo depois de fumar, a tensão e a irritabilidade retornam, fazendo com que os fumadores sintam a necessidade de tornar a consumir a droga para que se sintam relaxados novamente. Verifica-se que nos indivíduos com sintomas de *stress* que deixam de fumar, após a fase da síndrome de abstinência, há uma melhoria comportamental e os sinais e sintomas de *stress* tendem a desaparecer. Isso indica que alguns fumadores tiram pouca vantagem ao afirmarem que o ato de fumar é um modo de colmatar os sintomas de *stress*, podendo do mesmo modo consegui-lo se ultrapassarem com sucesso a fase da síndrome de abstinência.

Num estudo efetuado por Botelho, Espinosa, Pawlina e Rondina (2015) sobre a depressão, ansiedade, *stress* e a motivação dos fumadores durante o tratamento para a cessação tabágica, verificaram que o nível de *stress* diminuía significativamente ao longo do tratamento para a cessação tabágica. No processo de tratamento, aparentemente após a fase inicial do processo, quando os sintomas de abstinência eram mais pronunciados, os níveis de *stress* do utente podiam ser reduzidos. Contudo, observaram que a prevalência de *stress* era maior em fumadores do que em não fumadores, alegando os fumadores que fumar era relaxante e aliviava

o *stress*. Segundo os mesmos autores, os fumadores descreveram que sentimentos de *stress* eram uma das principais razões para fumar, considerando o tabagismo como um verdadeiro anestésico para sentimentos e conflitos emocionais. Porém, embora os fumadores tenham relatado que fumar os ajudava a relaxar, os níveis de *stress* eram superiores em fumadores do que em não fumadores. Os mesmos autores referiram que, apesar de se observar um aumento dos níveis de *stress* no período inicial do processo de cessação, os utentes tornam-se menos *stressados* após 14 dias de abstinência, podendo a cessação tabágica, por si só, reduzir os níveis de ansiedade, depressão e *stress*. Observaram, ainda, que nos casos em que o programa de cessação tabágica teve êxito, houve uma redução dos níveis *stress* e um aumento da motivação ao longo do tratamento.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, no âmbito das suas competências, tem um papel preponderante na promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente, nesta temática em investigação. Neste contexto, considerou-se pertinente, no ponto seguinte, abordar o papel que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária poderá ter na comunidade no que respeita à problemática do tabagismo.

3 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA SEM FUMO

Na declaração de Alma-Ata, elaborada no seio da Conferência Internacional sobre CSP, em setembro de 1978, a importância da promoção e proteção da saúde, essencial para a saúde e o bem-estar do ser humano e para o desenvolvimento económico e social sustentável, foram reconhecidas pelos signatários da declaração (OMS & UNICEF, 1978; Bonito (coord.), 2017).

Dada a pertinência da temática na sociedade, a 21 de novembro de 1986, na primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, esta foi definida como um processo que permite desenvolver no indivíduo condições que o capacitem para controlar fatores determinantes na saúde individual e coletiva, como estilos de vida, condições socioeconómicas, redes sociais comunitárias e determinantes culturais e ambientais (OMS, 2017f).

Neste contexto, e seguindo os princípios e estratégias da OMS, em Portugal, um dos sete princípios orientadores do PNS 2012 – 2016, com revisão e extensão até ao ano de 2020, consiste na promoção e proteção da saúde, visando criar condições para que o cidadão, individualmente ou coletivamente, possa agir sobre os principais determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (DGS, 2015).

Nos últimos anos tem-se reconhecido o papel determinante dos CSP na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, capacitando-os para tomada de decisão sobre a sua saúde e formando uma sociedade forte e dinâmica (OE, 2015; OE, 2018), encontrando-se, assim, numa posição privilegiada para apoiar a cessação tabágica e para intervir na prevenção do consumo de tabaco [Carvalho, Fernandes & Brás cit. por Abreu, Ribeiro, Teixeira, *et al* (org.), 2016]. Neste contexto, Santos e Almeida (2015) consideram o enfermeiro o profissional mais habilitado para a luta contra o consumo do tabaco, e uma oportunidade de desenvolver competências profissionais, por ser uma área negligenciada por outros profissionais de saúde. Além disso, são os profissionais de saúde que existem em maior número e mais acessíveis em Portugal, tendo uma maior apetência para a prevenção e diagnóstico de estilos de vida inadequados, podendo intervir e implementar as suas práticas de acordo com competências e padrões de qualidade pelos quais se regem.

Tais pressupostos vão ao encontro do regulamento das competências e padrões de qualidade apresentados em enunciado descritivo para os cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública, particularmente na gestão de sistemas e vigilância epidemiológica no âmbito do tabagismo, na coordenação, integração, implementação e monitorização de programas de saúde integrados no PNS, como o PNPCT. Segundo o regulamento, o enfermeiro

desempenha um papel ativo na capacitação do indivíduo e comunidade para a tomada de decisão no âmbito da promoção e proteção da saúde, nomeadamente (OE, 2015; OE, 2018):

- ❖ Ao liderar, integrar e avaliar processos comunitários, visando capacitar grupos e comunidades;
- ❖ Ao assumir processos de mediação que contribuam para a promoção e defesa da saúde de grupos e comunidades;
- ❖ Ao promover a responsabilidade social para a saúde, quer na definição de políticas, quer na definição e implementação de práticas.

Neste contexto, e em particular no âmbito da implementação do PNCPT, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um papel ativo, como o de promotor da mudança de atitudes e comportamentos, dado que o benefício imediato do abandono de hábitos tabágicos, independentemente da idade da pessoa, promove uma melhoria do estado de saúde, quer individualmente, quer da comunidade. De acordo com a OE (2015; 2018) tendo em conta os seus conhecimentos e experiência clínica, estes possuem um entendimento profundo sobre as respostas humanas ao processo de vida e aos problemas de saúde e, uma elevada capacidade em responder de modo adequado ao indivíduo, grupos ou comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

De acordo com o programa-tipo para a cessação tabágica, desenvolvido pela DGS, o enfermeiro deve ser um elemento central da equipa multidisciplinar e ter uma intervenção ativa no acompanhamento da pessoa fumadora. Uma das suas funções é sinalizar e acolher a pessoa fumadora, o ensino do tópico «tabaco ou saúde», a avaliação da fase de motivação, o registo de dados antropométricos, o apoio ao autopreenchimento de questionários e a entrega de folhetos informativos de acordo com a fase de motivação. O enfermeiro deve, ainda, esclarecer dúvidas e realizar a avaliação periódica do estado de evolução do utente, presencialmente ou por um dos diversos meios de comunicação atualmente disponíveis [Nunes (coord.), 2008].

O PNPCT, ao nível da promoção e do apoio à cessação tabágica, considera que (Nunes, 2013: 30):

O aconselhamento das pessoas fumadoras por parte de um profissional de saúde ..., com recurso a uma intervenção breve, bem como a redução dos custos das terapêuticas para deixar de fumar, pode aumentar a proporção de fumadores que anualmente faz uma tentativa para parar de fumar com sucesso.

Entre os 17 objetivos operacionais do eixo estratégico, “Promover e apoiar a cessação tabágica”, destacam-se os seguintes [Nunes, 2013; Bonito (coord.), 2017]:

- ✓ Garantir resposta às necessidades de apoio intensivo à cessação tabágica, dos utentes fumadores, em 100%;

- ✓ Melhorar a efetividade das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS;
- ✓ Facilitar o acesso à terapêutica farmacológica da dependência tabágica, diminuindo os custos para o utilizador;
- ✓ Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, pelo menos 50% dos utentes fumadores do SNS, observados nos últimos três anos;
- ✓ Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, 100% dos utentes com DPOC, observados anualmente no SNS;
- ✓ Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, 100% das mulheres grávidas fumadoras, seguidas anualmente no SNS.

O crescente aumento dos hábitos tabágicos na população mais jovem, trouxe a necessidade de consciencialização dos enfermeiros especialistas de enfermagem comunitária e saúde pública para desenvolver programas eficazes no combate à iniciação do consumo do tabaco, tentando reduzir a incidência da iniciação do tabagismo entre os jovens, dado que a evidência científica mostra que a importância da prevenção da iniciação do tabagismo é lógica pois, em primeiro lugar, todos os fumadores passaram pelo processo de iniciação (Caetano, Santos & Figueiredo, 2015). De acordo com Nunes (2013) as estimativas elaboradas por Peto, Lopez *et.al*, indicam que se até 2020 for possível diminuir para metade o número de jovens que anualmente começa a fumar, serão evitadas 20 milhões de mortes acumuladas até 2050. Porém ainda afirma, que, se até 2020 metade dos atuais fumadores parar de fumar, o número acumulado de mortes evitadas, em 2050, será de cerca de 180 milhões. O investimento na prevenção do consumo de tabaco nos jovens deveria ser forte e contínuo, mas simultaneamente, devem-se promover estratégias de promoção da cessação tabágica com o objetivo de reduzir a prevalência de fumadores na população.

O PNSE (2015) é um exemplo de intervenção nos grupos de jovens, com a finalidade de promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia em diversas temáticas. Neste contexto, o PNPCT encontrando-se interligado com o PNSE, contemplando um dos eixos de intervenção que visa prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens em contexto escolar, onde a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, como profissional de saúde, assume uma importante relevância ao promover o potencial educativo de todas as crianças e jovens. Promover a literacia em saúde e desenvolver intervenções com carácter de continuidade, pedagogicamente adequadas ao nível de ensino e baseadas na evidência científica, tornou-se fundamental. A prevenção do consumo de tabaco deve estar integrada no

currículo das escolas no intuito de promover o bem-estar e procurar soluções para os riscos que comprometem ou que criam barreiras no processo de ensino-aprendizagem.

Exemplo disso, foi o projeto desenvolvido por Caetano, Santos e Figueiredo (2015) “Vida Sem Tabaco é Mais Vida” em oito estabelecimentos de ensino, que teve por objetivo a prevenção do tabagismo a nível dos alunos do 9º ano de escolaridade no ano letivo de 2013/2014. Segundo os autores, o *empowerment* dos jovens na tomada de decisão e na recusa à experimentação do consumo de tabaco, juntamente com as abordagens multidimensionais dirigidas à família e à comunidade, são as intervenções mais eficazes na redução da incidência e prevalência do tabagismo. Neste domínio, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um papel fundamental, uma vez que a sua intervenção precoce para prevenir o consumo de tabaco entre os jovens, pode ser imperativa.

Segundo Caetano, Santos e Figueiredo (2015: 225),

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária estão em posição privilegiada para levar os adolescentes a procurar hábitos de vida saudáveis, incluindo a abstenção de fumar, através do reconhecimento das transições que estes vivenciam, e por desenvolverem o trabalho em diferentes contextos onde o adolescente se insere, nomeadamente escola e família.

A investigação em enfermagem tem contribuído diariamente para o aumento do corpo de conhecimentos dos profissionais, permitindo-lhes intervir de forma refletida e adequada, onde a promoção da saúde e prevenção da doença se assumem como instrumento privilegiado para melhorar a qualidade de vida da pessoa e, consequentemente, aumentar os ganhos em saúde (André, 2012). Também a OMS tem desenvolvido esforços nesse sentido. O relatório sobre a epidemia global do tabaco de 2015 vem demonstrar que as medidas preconizadas pelo programa *MPOWER*, para ajudar os países no combate a esta epidemia, têm tido avanços positivos. Mais de metade dos países do planeta, que corresponde a 40% da população mundial (2800 milhões de pessoas), têm aplicado pelo menos uma das medidas do programa de modo exigente, através de programas de controlo e cessação de tabagismo, estratégias políticas, económicas, educacionais e culturais, melhorando a qualidade de vida das comunidades (OMS, 2015).

Contudo, estudos e publicações têm demonstrado uma elevada prevalência de consumidores de tabaco entre os profissionais de saúde. A imagem e importância que estes profissionais têm na comunidade é determinante na luta contra o tabagismo, por serem considerados como os que mais literacia em saúde possuem e pela oportunidade que possuem para intervir na sociedade. Esta intervenção pode ocorrer através de programas instituídos, como é exemplo o PNCPT em Portugal, através do contacto com a comunidade, diagnosticando doenças relacionadas com o tabaco e promovendo sessões de educação para a cessação do tabagismo (Machado & Silveira, 2014).

A OMS em 2005 no dia mundial sem tabaco afirma (OMS, 2005: 11),

In community and clinical settings, health professionals are the most knowledgeable in health matters and they are expected to act on the basis of this knowledge. In their society and their communities, they are expected to be role models for the rest of the population. And that includes, in general, their behavior in health-related matters such as diet and exercise, and particularly regarding tobacco.

O profissional de saúde é visto na sociedade como um modelo do estilo de vida saudável, podendo influenciar comportamentos tanto individuais como coletivos. Adotar comportamentos menos saudáveis perante a comunidade pode transmitir uma mensagem, de modo inconsciente, incongruente relativamente a estilos de vida menos saudáveis que adota e os estilos de vida que preconiza. Este antagonismo pode reduzir a predisposição da pessoa e da comunidade a aderir à promoção da saúde e prevenção da doença, defendida pelos profissionais de saúde, em particular no que diz respeito ao consumo de tabaco. De referir que a predisposição do profissional com hábitos tabágicos é reduzida na promoção da cessação do hábito à pessoa e comunidade (Maeckelberghe, 2013).

Num estudo efetuado em 2007 a estudantes de enfermagem fumadores por Cardoso, Santos e Berardinelli (2009), os autores observaram que uma parte dos participantes demonstrou preocupação ligada ao consumo de cigarros e ao seu futuro profissional. Destacando-se o prejuízo que poderiam vir a ter no vínculo contratual, como também na relação de confiança que devia existir entre o binómio enfermeiro/utente, visto que o enfermeiro deveria, por toda a informação/formação que possui, ser exemplo de um indivíduo portador de hábitos e estilos de vida saudáveis.

Esta preocupação sentida na enfermagem contribuiu para que o Conselho Internacional de Enfermagem se empenhasse em banir o tabagismo e preveni-lo nos enfermeiros e estudantes, implementando uma política sem fumo em todos os encontros do conselho e das associações nacionais de enfermagem (Castro, 1999). No mesmo sentido, no final do ano de 2017, em colaboração com a DGS, foi apresentado o relatório final de um estudo de avaliação das competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos cursos de ciências farmacêuticas, enfermagem, medicina e medicina dentária. Tal conduziu a um conjunto de recomendações para a formação superior dos profissionais de saúde no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo [Bonito (coord.), 2017]. As principais conclusões foram [Bonito (coord.), 2017: 20]:

- ✓ Elevadas prevalências de tabagismo;
- ✓ Atitudes positivas relativamente ao controlo do tabaco;
- ✓ Um nível razoável de conscientização sobre as políticas de não fumador nos espaços das práticas letivas e clínicas;

- ✓ Um alinhamento com o quadro teórico e conceitual sobre as temáticas da prevenção e do tratamento do tabagismo, assim como acerca do papel dos profissionais de saúde neste domínio;
- ✓ Limitadas competências de intervenção ao nível da prevenção e do tratamento do tabagismo;
- ✓ Necessária introdução de um conjunto de temas teóricos e práticos na formação académica destes profissionais, percecionados como omissos, que suportem o seu pensamento e as suas decisões no domínio do tabagismo.

Tendo em conta os resultados obtidos foram tecidas algumas recomendações com o objetivo de desenvolver estratégias promotoras de saúde e de cessação tabágica em todas as instituições de ensino superior. Destas destacam-se o fazer cumprir criteriosamente dentro das instituições de ensino superior a aplicação da lei do tabaco em Portugal, integrar no plano curricular um conjunto de temas teórico/prático sobre a temática, desenvolver competências básicas (relacionadas com a prevenção e tratamento do tabagismo no decorrer da sua formação académica) nos alunos dos cursos em estudo, aumentar de forma significativa na formação académica o número de horas destinadas à prevenção e tratamento do tabagismo e avaliar regularmente os conteúdos sobre o tabagismo, nomeadamente, nos cursos de formação de profissionais de saúde [Bonito (coord.), 2017].

A intervenção precoce para prevenir o consumo de tabaco e as ações de sensibilização em relação ao tabagismo devem visar todos os níveis da sociedade (indivíduo, família e comunidade). As políticas de saúde nacionais assumem atualmente os CSP como a base do sistema de saúde português. Neste sentido, a intervenção da enfermagem ao nível da comunidade torna-se primordial, procurando contribuir para o mais alto nível da saúde das populações (Caetano, Santos & Figueiredo, 2015).

Assim, prevenir o tabagismo e promover a cessação tabágica, deve ser um dos princípios do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis, a prevenção da doença e a gestão da saúde individual/coletiva.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

A investigação científica é um modo de aquisição de conhecimentos utilizada pela maioria das disciplinas e conduzida de acordo com a filosofia pela qual se rege, no intuito de adquirir novos conhecimentos e compreender os factos estudados de modo sistemático e rigoroso. A escolha do método é definida pelo investigador de acordo com a orientação que quer dar ao seu estudo, com as suas crenças, com a natureza do problema identificado e questão levantada (Fortin, 2009).

Segundo Marconi e Lakatos (2017) o processo metodológico descreve o caminho que o investigador delineia para obter respostas às questões de investigação. É um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar os objetivos traçando o caminho a seguir, detetando erros e auxiliando as decisões que o investigador toma.

De um modo geral, o investigador escolhe as técnicas mais adequadas para orientar, estruturar, reunir e analisar informações consideradas relevantes para o estudo em questão (Polit, Beck & Hungler, 2004).

1.1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

A procura de soluções para um problema ou contribuir para a sua resolução, com a aquisição de informações relevantes, é a base de um estudo de investigação. A escolha da temática e da questão preliminar da investigação é crucial no processo de investigação. Situando-se na base da fase concetual, torna-se o ponto de partida da investigação a partir do qual se delimitam linhas de orientação e métodos de investigação. Enquanto a temática de estudo diz respeito a um elemento particular de um domínio de conhecimento que interessa ao investigador e o impulsiona para o estudo, a questão de investigação constitui a fase onde se determina o ângulo sobre o qual o problema será considerado, o tipo de dados a colher e o tipo de análises que poderão ser realizadas (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

A escolha da temática deveu-se à sua relevância mundial, nacional e ao interesse pessoal. Em Portugal o PNS 2012 – 2016, já com extensão até 2020, inclui o PNPCT como um dos programas com carácter prioritário, no intuito de diagnosticar, implementar, avaliar e monitorizar medidas que visam a proteção da pessoa e comunidade à exposição do fumo de tabaco, procurando melhorar a qualidade da saúde da pessoa e comunidade e, consequentemente, aumentar os ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública desempenha um papel primordial na promoção de estilos de vida saudáveis, onde, obviamente, se incluem os hábitos tabágicos. Alguns estudos e publicações têm demonstrado uma elevada prevalência de consumidores de tabaco entre os profissionais de saúde. Santos e Almeida (2016) referem que cerca de 25% dos enfermeiros apresenta *stress* ocupacional, depressão e/ou ansiedade, podendo o consumo de tabaco estar associado ao alívio do *stress*. Apesar dos avanços gerais no controle do tabagismo, as elevadas taxas de fracasso do tratamento em programas de cessação do tabagismo são motivo de preocupação.

No intuito de aprofundar conhecimentos, aliado à curiosidade e empenho individual, desenhou-se uma investigação onde se pretendeu conhecer os hábitos tabágicos, o grau de dependência à nicotina, a motivação para a cessação tabágica e o *stress* ocupacional dos enfermeiros/as da ULS em estudo. Desta forma, pretendeu-se contribuir para a capacitação do indivíduo na sua situação de saúde, visando melhorar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que, consequentemente, se traduz em ganhos em saúde. Neste âmbito a investigação centrou-se na temática “Hábitos tabágicos, grau de dependência à nicotina, motivação para a cessação tabágica e *stress* ocupacional nos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal”, que se enquadra na linha de investigação do curso de mestrado: Estudos sobre intervenções especializadas em enfermagem comunitária e de saúde pública. Neste sentido, surgiu como questão de investigação: “Quais os hábitos tabágicos, o grau de dependência à nicotina, a motivação para a cessação tabágica e o *stress* ocupacional nos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal?”

1.2 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Todos os estudos de investigação devem ter por base um determinado objetivo para se saber o que procurar e o que se pretende alcançar. Os objetivos tornam explícito o problema, pelo que devem indicar de forma precisa e clara o fim que o investigador pretende, fazendo parte da metodologia de orientação a ser dada à investigação para obter a informação desejada (Fortin, 2009; Marconi & Lakatos, 2017).

Os objetivos definem a natureza do estudo, o problema identificado e a pesquisa bibliográfica a realizar, de modo a poder no final responder às perguntas: Porquê? Para quê? Para quem? (Marconi & Lakatos, 2017).

Para este trabalho estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- ❖ Conhecer os hábitos tabágicos dos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal;
- ❖ Avaliar o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica;
- ❖ Averiguar a existência de relação entre as características sociodemográficas e do contexto laboral com o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica;
- ❖ Verificar se existe relação entre as características sociodemográficas e do contexto laboral com ser ou não fumador;
- ❖ Avaliar o *stress* ocupacional dos enfermeiros;
- ❖ Averiguar a existência de relação entre o *stress* ocupacional nos enfermeiros e o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica.

1.3 – TIPO DE ESTUDO

A fase metodológica tem como objetivo definir o modo como a questão de investigação será integrada num desenho, definindo o caminho e as atividades que o investigador terá no decurso do estudo. A precisão do desenho é de importância primordial, definindo um conjunto de diretrizes de acordo com o tipo de estudo escolhido, e assim, permitir responder às questões ou verificar hipóteses, definindo mecanismos de controlo tendo por objetivo minimizar os riscos de erro (Fortin, 2009).

A fim de dar resposta aos objetivos traçados e atendendo à complexidade do tema, este estudo apoiou-se numa revisão da literatura relevante para a temática, recorrendo a uma metodologia quantitativa, descritiva e transversal.

A metodologia quantitativa, favorece a realização de uma análise numérica dos dados recolhidos tendo como características o positivismo, o objetivismo, o reducionismo e a medição controlada, estando orientado para a comprovação e confirmação dos resultados, de forma que a parcialidade seja minimizada e a precisão e validade sejam maximizadas (Polit, Beck & Hungler, 2004; Almeida & Freire, 2008; Fortin, 2009).

O estudo descritivo tem como finalidade “definir as características de uma população ou fenómeno” (Fortin, 2009: 35), descrevendo fenómenos sem a intervenção do investigador e fornecendo informações de uma amostra de modo a permitir estabelecer relações estatísticas entre variáveis (Almeida & Freire, 2008).

O delineamento de pesquisa e a dimensão temporal do estudo foi transversal, sendo que os dados foram recolhidos num dado período da investigação, não havendo à posterior um seguimento dos indivíduos que compõem a amostra (Polit, Beck & Hungler, 2004; Almeida & Freire, 2008; Fortin, 2009).

1.4 – POPULAÇÃO/AMOSTRA

Definida a questão e o desenho de investigação, estão reunidas as condições para definir a população da qual se pretende obter a informação (Fortin, 2009). A população é o conjunto total dos indivíduos que possuem um conjunto de características específicas e semelhantes que delimitam a população através de critérios de seleção para a inclusão, tendo em vista um determinado estudo. A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Traçou-se como objetivo abranger e obter a participação de todos os enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal (doravante designada por ULS X). A população alvo abrangida pelo presente estudo foram todos os enfermeiros que trabalhavam na ULS X.

Ao invés de selecionar uma amostra da população alvo, foi solicitada a colaboração de todos os enfermeiros da ULS X, utilizando o seu correio eletrónico institucional, no preenchimento do protocolo de colheita de dados. Assim, cada elemento da população ficou com uma probabilidade igual de ser incluído no estudo. Como critério de inclusão considerou-se o facto de ser enfermeiro/a e trabalhar na referida ULS. A participação foi voluntária, sendo dada a informação prévia sobre a natureza e objetivos do estudo. O protocolo de colheita de dados *online* foi enviado para o correio eletrónico institucional de todos os profissionais de enfermagem da ULS X, estando disponível no período de 15 de julho de 2017 a 5 de março de 2018.

De acordo com o relatório de gestão e contas da ULS X, de 2016, o grupo profissional de enfermagem integrava 667 elementos, estando distribuídos da seguinte forma:

- Hospital A – 412 enfermeiros(as);
- Hospital B – 83 enfermeiros(as);
- CSP – 172 enfermeiros(as).

Tendo em conta a dimensão da população alvo e considerando um erro amostral e um nível de significância de 5%, aplicou-se o método de Taro Yamane e obteve-se a estimativa de 250 para a dimensão da amostra (37,48% da população alvo). Dos 667 questionários enviados, obtiveram-se 220, dos quais 208 foram considerados válidos para efeitos de investigação, por

terem dado o respetivo consentimento esclarecido e informado, constituindo a amostra. Assim, a taxa de retorno e adesão foi de 32,98% da população alvo, sendo próxima de 37,48%, o valor obtido pelo método de Taro Yamane.

1.5 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida, formando a substância das questões e hipóteses de investigação. É qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia e assume diferentes valores, geralmente numéricos, podendo ser medidas, manipuladas ou controladas. Estas devem ser definidas ao mesmo tempo que o quadro teórico ou conceptual, devendo ser operacionalizadas com vista a permitir a sua medida. As variáveis podem ser classificadas segundo a sua utilização pelo investigador (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

As variáveis foram definidas tendo em conta as características da população que integrou o estudo e a revisão da literatura relevante efetuada acerca da temática. As variáveis dependentes do estudo foram as que caracterizam os hábitos tabágicos, o grau de dependência à nicotina, a motivação para a cessação tabágica e o *stress* ocupacional.

Para identificar as características sociodemográficas, do contexto laboral e os hábitos tabágicos dos participantes e tendo em consideração os objetivos do estudo, as variáveis independentes foram: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, ter ou não filhos, distância (em km) entre a residência e o local de trabalho, categoria profissional, anos completos de serviço, anos completos de serviço na atual função, local de trabalho, serviço, situação contratual, tipo de horário laboral, carga horária semanal, exerce funções noutra instituição, modo de ocupação dos tempos livres e perceção do seu estado de saúde.

Apresenta-se, de seguida, na tabela 1 a operacionalização das variáveis.

Tabela 1 – Variáveis em estudo e sua operacionalização

	Variável	Operacionalização
Variáveis dependentes	Fumou pelo menos um cigarro na última semana	Questão dicotômica com opções de resposta: sim ou não
	Grau de dependência à nicotina	Avaliado pela aplicação do teste <i>Fagerström</i>
	Motivação para a cessação tabágica	Avaliado pela aplicação do teste <i>Richmond</i>
	Nível de <i>stress</i> ocupacional	Avaliado pela aplicação QSPS
Variáveis independentes	Sexo	Questão dicotômica com possibilidade de resposta: feminino ou masculino
	Idade	Questão com significado cronológico, pergunta aberta em anos completos no momento em que se respondeu ao questionário
	Nível de qualificação	Questão fechada de escolha única, com os possíveis valores: bacharelato, licenciatura, mestrado e doutoramento
	Estado civil	Questão fechada de escolha única, com quatro opções de resposta: solteiro(a), casado(a) ou união de facto, separado(a) ou divorciado(a) e viúvo(a)
	Ter filhos	Questão dicotômica com duas opções de resposta: sim ou não
	Distância entre a residência e o local de trabalho	Questão aberta cujo valor foi apresentado em km
	Categoria profissional	Questão fechada de escolha única com quatro opções de resposta tendo como referência a Classificação Portuguesa de Profissões 2010 do Instituto Nacional de Estatística (2011), com os seguintes valores: enfermeiro de cuidados gerais, enfermeiro especialista, enfermeiro chefe/responsável e enfermeiro supervisor/diretor
	Anos de serviço	Pergunta aberta que corresponde aos anos completos no momento em que se respondeu ao questionário
	Anos de serviço na atual função	Questão com significado cronológico, pergunta aberta em anos completos no momento em que se respondeu ao questionário
	Local de trabalho	Questão dicotômica com possibilidade de resposta: CSP ou Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH)
	Serviço	Questão aberta, serviço onde exerce a atividade profissional no momento que se respondeu ao questionário
	Situação contratual	Questão fechada de escolha única com seis opções de resposta: Contrato individual de trabalho (CIT) em funções públicas por tempo indeterminado, CIT em funções públicas a termo certo, CIT por tempo indeterminado, CIT a termo certo, trabalhador independente (recibos verdes) e outro
	Tipo de horário laboral praticado	Questão dicotômica com possibilidade de resposta: por turnos ou fixo
	Carga horária semanal de trabalho	Questão dicotômica com possibilidade de resposta: 35horas ou 40horas
	Exerce funções noutra instituição	Questão dicotômica com a opção de resposta: sim ou não
	Como ocupa os seus tempos livres	Questão fechada com dez possibilidades de resposta, onde o participante tem a possibilidade de escolha de duas opções
	Como considera o seu estado de saúde	Questão fechada de escolha única com as seguintes opções de resposta: muito bom, bom, razoável, mau, muito mau

1.6 – PROTOCOLO DE COLHEITA DE DADOS

No decurso da fase metodológica o investigador determina, no desenho de investigação, o modo como obter respostas para as questões de investigação. Os fenómenos que o investigador está interessado em estudar devem ser traduzidos em conceitos que possam ser medidos, observados ou registados. A escolha do método de colheita de dados depende das variáveis em estudo e da sua operacionalização, procurando assegurar a fidelidade e a validade dos métodos de colheita de dados e assegurando resultados fiáveis, estando esta tarefa entre as mais desafiadoras do processo de investigação. Sem os métodos apropriados para a colheita de dados, a validade das conclusões é facilmente colocada à prova. Nesta fase, o investigador prevê possíveis dificuldades e problemas que o instrumento de dados poderá levantar, aquando da sua aplicação, sendo nesta etapa possível determinar o método de análise estatística para tratar os dados (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Das diversas abordagens alternativas para a colheita de dados, optou-se pelo uso de um protocolo de colheita de dados, auto preenchido, acessível e disponível *online*. O protocolo de colheita de dados (APÊNDICE I), composto por quatro partes, foi acompanhado de um breve resumo dos objetivos do estudo e do consentimento livre, informado e esclarecido. Para a sua construção utilizou-se a ferramenta Google Formulários®. Optou-se por disponibilizar o preenchimento do protocolo de colheita de dados em formato digital já que facilita o seu preenchimento, minimiza/reduz os erros de transcrição de dados e, consequentemente, contribuiu para a fidelidade e validade dos dados, além de facilitar o acesso ao mesmo.

Em relação ao conteúdo do protocolo de colheita de dados, a primeira parte integrou um conjunto de questões relativas à caracterização sociodemográfica, do contexto laboral e hábitos tabágicos da população em estudo, a segunda parte foi composta pelo teste de *Richmond*, a terceira parte pelo teste de *Fagerström* e, por fim, a quarta parte integrou o Questionário de *Stresse* nos Profissionais de Saúde (QSPS).

Teste de Richmond

O teste de *Richmond* tem como objetivo avaliar a motivação para a cessação tabágica. Apesar de o teste não se encontrar validado para Portugal, está-se perante um questionário internacional, sendo recentemente o método utilizado por Balsa, Vital e Urbano (2014), no III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, fazendo também parte integrante da intervenção para a Cessação Tabágica – Programa-tipo de atuação apresentado pela DGS [Nunes (coord.), 2008], integrante do PNPCT do PNS 2012 – 2106 com extensão a 2020.

O teste é composto por quatro questões, com diversas opções de resposta. A cada opção de resposta está associada uma pontuação que pode variar de 0 a 3 valores (ANEXO I). Após o somatório das quatro questões, o valor obtido é o *score* do teste. Assim, a pontuação máxima do *score* é 10, sendo que um *score* com uma pontuação total de 0 – 6 pontos indica baixa motivação para deixar de fumar, entre 7 – 9 pontos indica moderada motivação para deixar de fumar e igual a 10 pontos uma elevada motivação para deixar de fumar (Simões, s.d.; Pamplona, 2007).

Teste de Fagerström

Para determinar o grau de dependência à nicotina como medida de dependência tabágica, utilizou-se o teste de *Fagerström*. A seleção deste teste deveu-se ao facto do teste estar traduzido e validado para a população portuguesa por Ferreira, Quintal, Lopes e Taveira, em 2008 (Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira, 2009), por recentemente o método ter sido utilizado por Balsa, Vital e Urbano (2014) no III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012 e por fazer parte integrante da intervenção para a Cessação Tabágica – Programa tipo de atuação apresentado pela DGS [Nunes, (coord.), 2008], integrante do PNPECT do PNS 2012 – 2106 com extensão a 2020.

Segundo Costa (2006) apesar do teste apenas avaliar o grau de dependência física à nicotina, sem considerar a dependência psicológica, é um teste de rápido e fácil preenchimento, imprescindível para estabelecer o plano de tratamento mais adequado para o fumador.

A versão portuguesa do teste de *Fagerström* foi validada em termos linguísticos, semânticos e psicométricos por Ferreira, Quintal, Lopes e Taveira (2009). O teste é composto por seis questões relacionadas com os hábitos tabágicos, com diversas opções de resposta. A cada opção de resposta está associada uma pontuação que pode variar de 0 a 3 valores (ANEXO II). Após o somatório das seis questões, o valor obtido é o *score* do teste. Assim, a pontuação máxima do *score* é 10, sendo que um *score* com uma pontuação total de 0 – 3 pontos indica um baixo grau de dependência tabágica, entre 4 – 6 pontos indica um médio grau de dependência tabágica e uma pontuação total de 7 – 10 pontos indica um alto grau de dependência tabágica (Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira, 2009).

Questionário de Stresse nos Profissionais de Saúde

Na quarta e última parte do questionário pretendeu-se avaliar o nível de *stresse*, tendo sido utilizado o QSPS. O instrumento foi desenvolvido por Gomes (no prelo) (Gomes, 2014) tendo por base os trabalhos originais de Gomes (1998) e Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), realizados com profissionais de diferentes domínios como psicólogos, médicos, enfermeiros, etc. (ANEXO III).

O instrumento divide-se em duas partes. Na primeira parte, o profissional deve fazer uma avaliação global do nível de *stress* que experiencia na sua atividade, através da seleção de um único item: 0=Nenhum *stress*; 1=Pouco *stress*; 2=Moderado *stress*; 3=Bastante *stress*; 4=Elevado *stress*. A segunda parte do questionário é composta por 25 itens onde se avalia as potenciais fontes de *stress* no exercício da profissão. Os 25 itens distribuem-se por seis dimensões sendo respondidos numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, tal como na avaliação global do *stress*. As dimensões de *stress* avaliadas na QSPS são (Gomes, 2014):

- ❖ **Lidar com clientes** (4 itens) 1, 8, 14, 20: *stress* dos profissionais relacionado com a responsabilidade de fornecer os seus serviços aos seus clientes/utentes (ex: possibilidade de cometer erros que prejudiquem os clientes, ter de gerir problemas graves dos clientes, etc.);
- ❖ **Excesso de trabalho** (4 itens) 4, 12, 16, 22: *stress* dos profissionais relacionado com a carga de trabalho e o número de horas de serviço a realizar (ex. trabalhar muitas horas seguidas, falta de tempo para realizar adequadamente as tarefas, etc.);
- ❖ **Carreira e remuneração** (5 itens) 3, 10, 13, 17, 23: *stress* dos profissionais relacionado com as perspetivas de desenvolvimento da carreira profissional e com o salário recebido (ex: impossibilidade de progressão na carreira, baixa remuneração, etc.);
- ❖ **Relações profissionais** (5 itens) 2, 7, 9, 15, 21: *stress* dos profissionais relacionado com o ambiente de trabalho bem como com a relação mantida com os colegas de trabalho e superiores hierárquicos (ex. conflitos com colegas, falta de apoio dos superiores, etc.);
- ❖ **Ações de formação** (3 itens) 6, 18, 24: *stress* dos profissionais relacionado com as situações onde devem elaborar e conduzir ações de formação e efetuar apresentações públicas;
- ❖ **Problemas familiares** (4 itens) 5, 11, 19, 25: *stress* dos profissionais relacionado com o relacionamento familiar e com o apoio por parte de pessoas significativas (ex: instabilidade das relações familiares e/ou conjugais, conflitos com pessoas significativas, etc.).

Para o cálculo do valor final, em cada uma das seis dimensões do QSPS, realiza-se uma média aritmética, somando a pontuação nos itens de cada dimensão que será dividido pelo número de itens de cada uma delas. Os resultados podem, assim, variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 4. Neste sentido, valores mais elevados significam maior perceção de *stress* em cada um dos domínios avaliados.

Por uma questão de nomenclatura, a dimensão “Lidar com clientes” no decorrer do estudo foi denominada de “Lidar com utentes”, tendo em conta o contexto e perfil dos participantes no estudo.

1.7 – PRÉ-TESTE

O pré-teste é a forma de testar e verificar a eficácia do protocolo de colheita de dados junto a uma amostra reduzida (10 a 20 pessoas) da população alvo, permitindo descobrir defeitos e fazer as correções antes de o aplicar. É um ensaio que permite verificar se o instrumento de colheita de dados foi elaborado de forma clara, precisa, imparcial e se é útil para a recolha dos dados pretendidos (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Previamente, antes de apresentar a proposta de plano de trabalho ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da ULS X, no período entre os 10 e 13 de maio de 2017, foi realizado um pré-teste ao protocolo de colheita de dados, sendo aplicado aleatoriamente a 15 enfermeiros em exercício no Hospital A da ULS X. O protocolo de colheita de dados foi respondido sem existir a necessidade de intervenção no decorrer do seu preenchimento, não se observando dificuldades, quer na sua interpretação, quer no seu preenchimento. Os participantes referiram que o protocolo de colheita de dados era acessível, claro, preciso e com um tempo médio de preenchimento adequado (aproximadamente 10 minutos). Tendo em conta o feedback dos participantes submetidos ao pré-teste do protocolo de colheita de dados e o facto de o investigador não ter observado dificuldades, quer na interpretação, quer no preenchimento, o mesmo integrou a proposta de trabalho apresentada ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da ULS X, para parecer e autorização para a colheita de dados.

Posteriormente os protocolos de colheita de dados recolhidos no pré teste integraram a amostra, por opção do investigador, como preconiza Fortin (2009).

1.8 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Feita a recolha de dados e tratando-se de um estudo quantitativo, a codificação e o tratamento estatístico dos dados foram realizados mediante a utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences®* (SPSS) versão 23, de 2016. As técnicas da estatística descritiva e inferencial, foram as seleccionadas tendo em conta a natureza das variáveis em estudo, como é recomendado por Pestana e Gageiro (2014) e Marôco (2007).

As técnicas da estatística descritiva usadas na análise exploratória de dados foram tabelas e gráficos com a distribuição de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central e não central (média aritmética – \bar{x} , mediana – Md, 1º quartil – $Q_{1/4}$ e 3º quartil – $Q_{3/4}$) e medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo – x_{\min} , valor máximo – x_{\max} e desvio padrão – s).

Recorreu-se ao teste não paramétrico *U* de *Mann-Whitney* para comparar duas amostras independentes, dada a reduzida dimensão das mesmas.

Para investigar a associação entre variáveis aplicou-se o teste exato de *Fisher* para variáveis qualitativas dicotômicas, e nas restantes situações aplicou-se o teste de independência do qui-quadrado de *Pearson* (Pestana & Gageiro, 2014). Refira-se que este teste não deve ser utilizado se existirem mais de 20% das frequências esperadas inferiores a 5 ou se alguma for igual a 0. Na avaliação da associação de variáveis também se recorreu ao coeficiente de *Spearman*, quando tal se justificou.

Em determinadas situações recorreu-se ao cálculo de Intervalos de Confiança (IC) a 95% por se considerarem pertinentes na análise em causa. Todas as conclusões apresentadas basearam-se num nível de significância de 5%.

O *alpha* de *Cronbach* utilizou-se para avaliar, na amostra, a consistência interna dos instrumentos que foram utilizados para avaliar o grau de dependência à nicotina (Teste de *Fagerström*), a motivação para a cessação tabágica (Teste de *Richmond*) e o *stress* ocupacional (QSPS). A amplitude do coeficiente pode variar entre o valor 0 e 1, sendo que quanto mais elevado o resultado, maior é a consistência interna da escala/dimensão e, se assim for, conclui-se que os respetivos itens estão correlacionados, o que quer dizer, a existência de uma maior homogeneidade das respostas aos itens do questionário. Este procedimento estatístico é indicado para a maioria das escalas, principalmente em escalas tipo *Likert* (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Tavakol & Dennick, 2011). Segundo Nunnally (1978, cit. por Marôco & Garcia-Marques, 2006) resultados iguais ou superiores a 0,70 são indicadores de boa consistência interna. Para Tavakol e Dennick (2011) valores de *alpha* de *Cronbach* entre 0,70 a 0,95 são indicadores de uma boa consistência interna. Alguns autores, porém, consideram aceitáveis valores iguais ou superiores a 0,60 principalmente quando o número de itens envolvidos é pequeno, como refere DeVellis (1991, cit. por Marôco & Garcia-Marques, 2006).

1.9 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Quando o ser humano é usado na investigação científica torna-se essencial preservar e assegurar que os seus direitos sejam protegidos. Historicamente foram reconhecidas várias ações

que foram moralmente condenadas, o que incentivou o investigador a adotar códigos de ética, preservando os princípios do respeito e dignidade humana, da beneficência e da justiça. Assim, qualquer investigação efetuada junto do ser humano levanta questões morais e éticas (Polit, Beck & Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Ao longo do estudo, os princípios éticos e deontológicos foram respeitados. Deste modo, tornou-se necessário tomar em conta a responsabilidade do investigador pela proteção dos direitos da instituição onde foi realizada a colheita de dados, dos autores dos testes e questionários que integraram o protocolo de colheita de dados e de todos os elementos que fazem parte da população que integrou o estudo.

No sentido de conduzir o estudo, para se integrar no protocolo de colheita de dados o teste de *Richmond*, o teste de *Fagerström* e o QSPS, e não prejudicar qualquer interveniente, solicitou-se a colaboração e autorização dos diversos autores para o uso dos supracitados testes e questionário. Contactou-se por correio eletrónico os diversos autores, sendo elaborado um pedido formal de autorização para a integração dos testes e questionário no protocolo de colheita de dados (APÊNDICE II, III, IV e V). A versão portuguesa do teste de *Fagerström*, traduzida e validada para Portugal, foi a que integrou o protocolo de colheita de dados, nesse intuito, também foi feito o mesmo pedido de autorização aos autores responsáveis pela mesma (APÊNDICE IV). Os testes e questionário apenas integraram o protocolo de colheita de dados quando reunidas todas as autorizações (ANEXO IV, V, VI e VII).

Para um correto desenvolvimento de todo o processo/etapas do estudo, foi elaborada e submetida ao Conselho de Administração da ULS X uma proposta de plano de trabalho, solicitando autorização para efetuar a recolha de dados com a aplicação de um protocolo de colheita de dados *online* aos enfermeiros da ULS X, fazendo uso da plataforma *intranet* da instituição e do correio eletrónico institucional, garantindo não colocar em causa o bom funcionamento da instituição (APÊNDICE VI). Tal exigiu que fossem requeridos os necessários pareceres e autorizações do Conselho de Administração e da Comissão de Ética da ULS X, tendo obtido o parecer favorável e a respetiva autorização formal para prosseguir com o estudo e a colheita de dados (ANEXO VIII e IX). Com vista a preservar e assegurar os direitos dos participantes na investigação, o protocolo de colheita de dados iniciou-se com uma pequena apresentação do estudo e o consentimento livre, informado e esclarecido (APÊNDICE I).

No decorrer do estudo procurou-se garantir os direitos, liberdade e dignidade, quer dos elementos que integraram a amostra do estudo, quer do investigador, tendo sempre presente o princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e da justiça, que sustentaram todas as decisões do investigador ao longo da investigação.

2 – ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Após a realização da colheita de dados, deu-se seguimento ao estudo, organizando e analisando os dados obtidos através da aplicação das medidas e técnicas estatísticas. Estas foram selecionadas com o intuito de sintetizar a informação obtida, descrevendo os hábitos tabágicos dos enfermeiros, o grau de dependência à nicotina, a motivação para a cessação tabágica dos enfermeiros e o *stress* ocupacional dos enfermeiros. Aplicaram-se, ainda, as técnicas estatísticas adequadas para investigar a existência de relação entre as características sociodemográficas e o do contexto laboral com o grau de dependência à nicotina e com a motivação para a cessação tabágica, bem como de averiguar a existência de associação entre ser/não ser fumador e as características sociodemográficas e do contexto laboral. De forma análoga, utilizaram-se os instrumentos estatísticos adequados para estudar a existência de relação do *stress* ocupacional nos enfermeiros com o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica.

Inicialmente fez-se a análise descritiva dos dados e, posteriormente, procedeu-se à sua análise, recorrendo a técnicas de estatística inferencial, com o objetivo de responder aos objetivos delineados para o estudo.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, DO CONTEXTO LABORAL E HÁBITOS TABÁGICOS

A maioria dos participantes (71,6%; $n=149$) era do sexo feminino (Tabela 2). Os 208 participantes apresentavam idades compreendidas entre os 23 e 62 anos, sendo a média de idade 40,5 anos ($s=9,4$). Considerando a distribuição de idade em faixas etárias de 10 anos, observou-se que a maior representatividade foi entre os 30 e 40 anos, aproximadamente o dobro dos que tinham mais de 50 anos (Tabela 2). A distribuição da idade dos participantes foi simétrica (APÊNDICE VII: Tabela 17 e gráfico 10). Considerando como valor central de idade os 40 anos ($\bar{x}=40,5$ e $Md=39$), aproximadamente, o número de enfermeiros com mais de 40 anos terá uma frequência semelhante à dos que têm menos de 40 anos (Tabela 2).

No que diz respeito às habilitações académicas, observou-se que a maioria (79,3%; $n=165$) possuía o grau académico de licenciado, seguindo-se o grau de mestre (19,2%; $n=40$) e, com menor representatividade, o grau de bacharel e doutor (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes quanto ao sexo, idade e habilitações literárias

Variável		<i>n</i>	%
Sexo	Masculino	59	28,4
	Feminino	149	71,6
	Total	208	100,0
Idade (Grupo etário)	[20 , 30[	22	10,6
	[30 , 40[	86	41,3
	[40 , 50[	56	26,9
	[50 , 60[	43	20,7
	≥ 60	1	0,5
	Total	208	100
$\bar{x}=40,5$ Md=39 <i>s</i> =9,4 $X_{\min}=23$ $X_{\max}=62$ $Q_{1/4}=33$ $Q_{3/4}=49$			
Habilitações literárias	Bacharelato	2	1,0
	Licenciatura	165	79,3
	Mestrado	40	19,2
	Doutoramento	1	0,5
	Total	208	100

A maioria dos enfermeiros da amostra (71,1%; *n*=148) referiu o estado civil de casado/a ou união de facto, seguido dos solteiros representados por 22,1% (*n*=46), sendo que o separado/a, divorciado/a ou viúvo/a, tinham uma baixa representatividade (Tabela 3).

Questionados se tinham ou não filhos, 67,8% (*n*=141) dos participantes referiram ter filhos e 32,2% (*n*=67) não tinham filhos. Dos que disseram ter filhos, 54,6% (*n*=77) tinha dois filhos, seguido de 36,2% (*n*=51) com um filho e os restantes (9,2%; *n*=13) com três ou mais filhos. Observou-se que 50% dos respondentes tinham dois ou mais filhos (Md=2) sendo, também, dois o valor aproximado do número médio de filhos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes quanto ao estado civil, ter filhos e número de filhos

Variável		<i>n</i>	%
Estado civil	Casado/a; União de facto	148	71,1
	Separado/a; Divorciado/a	13	6,3
	Solteiro/a	46	22,1
	Viúvo/a	1	0,5
	Total	208	100
Tem filhos?	Não	67	32,2
	Sim	141	67,8
	Total	208	100
Quantos filhos tem?	1	51	36,2
	2	77	54,6
	3	11	7,8
	4	2	1,4
	Total	141	100
$\bar{x}=1,8$ Md=2 <i>s</i> =0,66 $X_{\min}=1$ $X_{\max}=4$			

Quanto ao nível de ensino frequentado por cada um dos filhos (APÊNDICE VIII) observou-se que os que responderam ter pelo menos um filho ($n=141$), 36,9% ($n=52$) referiram que o primeiro filho frequentava o 1º, 2º, 3º ciclo ou o ensino secundário, 34,8% ($n=49$) o infantil ou o ensino pré-escolar e 27% ($n=38$) o ensino superior. Dos participantes com pelo menos dois filhos ($n=87$), 44,8% ($n=39$) referiram que o segundo filho frequentava o 1º, 2º, 3º ciclo ou o ensino secundário, 43,7% ($n=38$) mencionaram o ensino superior e 9,2% ($n=8$) o infantil ou o ensino pré-escolar. Por fim, dos participantes com pelo menos três filhos ($n=9$), 77,8% ($n=7$) referiram que o terceiro filho frequentava o ensino superior e 11,1% ($n=1$) o 2º ciclo. Observou-se que alguns dos participantes que responderam ter três ou quatro filhos, apenas especificaram o nível de ensino de dois deles.

Relativamente à coabitação com os filhos (Tabela 4), dos 141 participantes que referiram ter filhos, 87,2% ($n=123$) referiu coabitar e 12,8% ($n=18$) referiu não coabitar com os filhos.

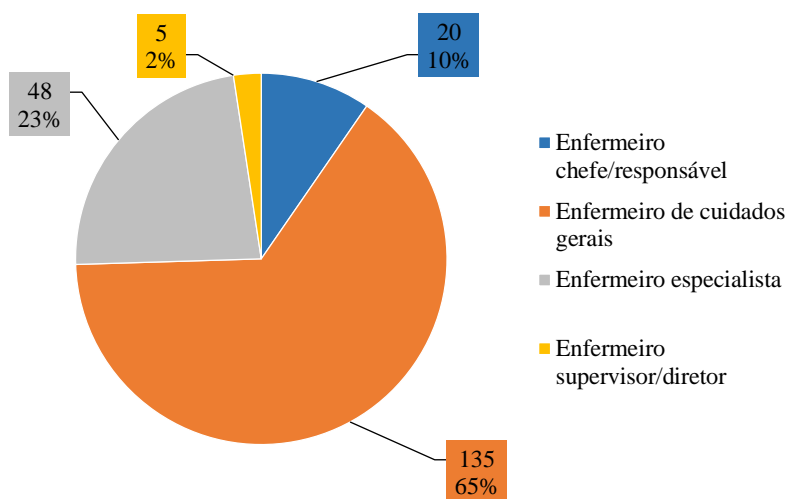
Quanto à distância entre a residência e o local de trabalho, os dados demonstraram que a distância variou entre os 0,5 km e os 80 km, sendo a distância média de 8,9 km ($s=13,3$). Constatou-se, também, que a maioria dos participantes (75,5%; $n=157$) residia a uma distância do local de trabalho entre 0 e 10 km, sendo que metade da amostra residia a mais de 4 km do local de trabalho (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes quanto à coabitação com os filhos e a distância (em km) entre a residência e o local de trabalho

Variável		<i>n</i>	%
Coabita com os seus filhos?	Não	18	12,8
	Sim	123	87,2
	Total	141	100
Qual a distância (Km) entre a sua residência e o seu local de trabalho?	[0 , 10[	157	75,5
	[10 , 20[	23	11,1
	[20 , 30[	8	3,8
	[30 , 40	6	2,9
	[40 , 50[	8	3,8
	≥50	6	2,9
	Total	208	100
$\bar{x}=8,9$ Md=4 $s=13,3$ $X_{\min}=0,5$ $X_{\max}=80$			

No que concerne à categoria profissional dos participantes (Gráfico 1), destacaram-se os enfermeiros de cuidados gerais (64,9%, $n=135$), seguidos dos enfermeiros especialistas (23,1%, $n=48$) e, por fim, os que desempenham um cargo de gestão (enfermeiro chefe/responsável ou enfermeiro supervisor/diretor).

Gráfico 1 – Distribuição da categoria profissional dos participantes



No que respeita à variável anos de serviço (Tabela 5), os dados demonstraram que 36,5% ($n=76$) dos elementos da amostra tinham entre 10 e 20 anos de serviço, 26,9% ($n=56$) com 20 a 30 anos de serviço e 22,6% ($n=47$) tinham entre 0 e 10 anos de serviço. Observou-se um mínimo de 1 ano e um máximo de 45 anos de serviço, sendo a média de 17,3 anos ($s=9,6$). Refira-se que metade dos enfermeiros da amostra tinham mais de 16 anos de serviço e 25% mais de 25 anos de serviço.

Quanto aos anos de serviço na atual função, 41,3% ($n=86$) dos participantes referiram estar na atual função há menos de 10 anos e 36,1% ($n=75$) mencionaram exercê-la entre 10 a 20 anos. Observou-se um mínimo de 1 ano e um máximo de 35 anos no exercício das atuais funções, sendo a média de 12,5 anos ($s=8,6$). Verificou-se, ainda, que mais de metade dos respondentes exercia a atual função há mais de 11 anos e 25% há mais de 18 anos (Tabela 5).

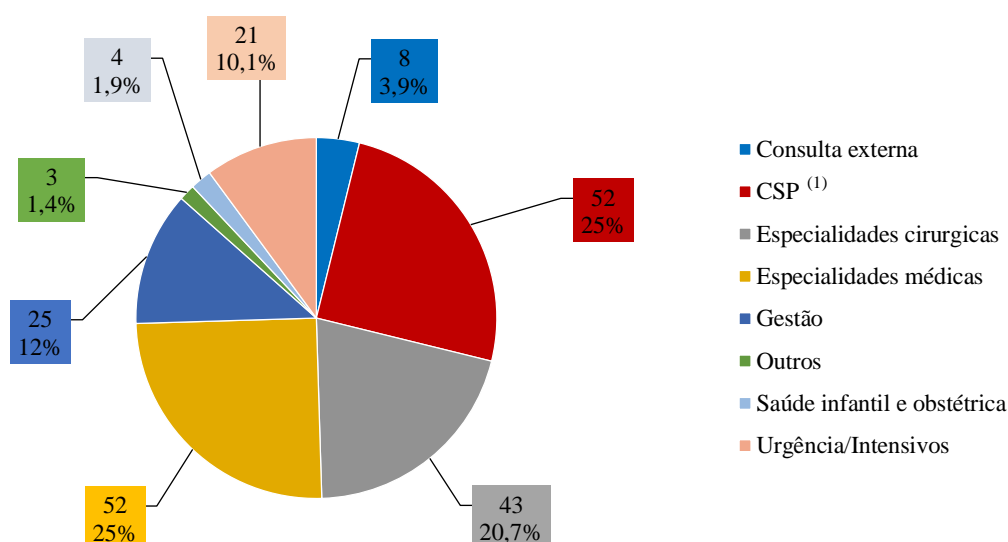
A maioria dos participantes (68,8%; $n=143$) exercia funções a nível hospitalar e 31,2% ($n=65$) a nível dos CSP (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos participantes quanto aos anos de serviço, anos de serviço na atual função e local de trabalho

Variável		n	%
Anos de serviço	[0 - 10[	47	22,6
	[10 - 20[	76	36,5
	[20 - 30[	56	26,9
	[30 - 40[	28	13,5
	≥ 40	1	0,5
	Total	208	100,0
$\bar{x}=17,3$ Md =16 $s=9,6$ $X_{\min}=1$ $X_{\max}=45$ $Q_{1/4}=10$ $Q_{3/4}=25$			
Anos de serviço na atual função	[0 - 10[	86	41,3
	[10 - 20[	75	36,1
	[20 - 30[	39	18,8
	≥ 30	8	3,8
	Total	208	100,0
$\bar{x}=12,5$ Md =11 $s=8,6$ $X_{\min}=1$ $X_{\max}=35$ $Q_{1/4}=5$ $Q_{3/4}=18,8$			
Local de trabalho	CSH	143	68,8
	CSP	65	31,2
	Total	208	100,0

Relativamente ao serviço de saúde onde exerciam funções (Gráfico 2), observou-se igual percentagem (25%; $n=52$) de enfermeiros dos CSP e das especialidades médicas, representando 50% da amostra. A representatividade das especialidades cirúrgicas, gestão e urgência/intensivos foi de 20,7% ($n=43$), 12% ($n=25$) e 10,1% ($n=21$), respetivamente.

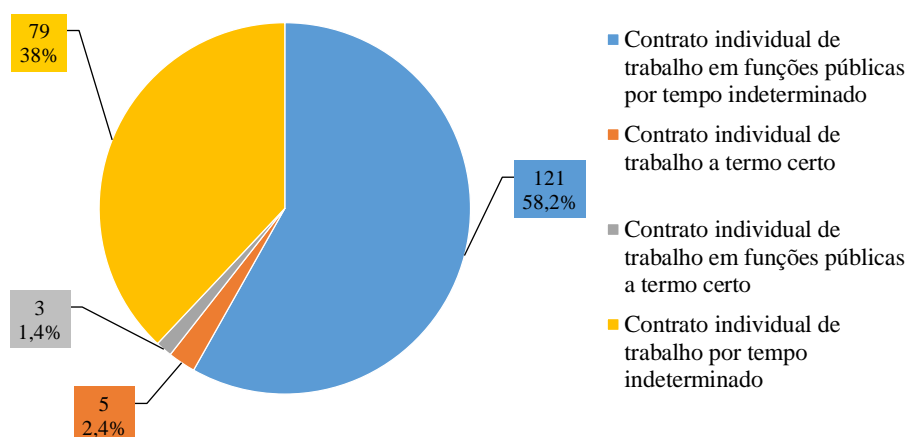
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes quanto ao serviço onde exerce funções



⁽¹⁾ Os enfermeiros que exerciam funções nos CSP, não identificaram a unidade funcional, pelo que se considerou o total.

No que concerne à sua situação contratual (Gráfico 3), a maioria (58,2%; $n=121$) possuía um CIT em funções públicas por tempo indeterminado e 38% ($n=78$) tinha um CIT por tempo indeterminado.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto à sua situação contratual



Quando questionados sobre o tipo de horário laboral praticado (Tabela 6), a maioria (60,1%; $n=125$) referiu trabalhar por turnos e praticar uma carga horária laboral semanal de 35 horas (57,7%; $n=120$). Os dados revelaram, ainda, que 90,9% ($n=189$) apenas exercia funções na ULS X.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes quanto ao tipo de horário laboral praticado, carga horária semanal de trabalho e se exerce funções noutra instituição

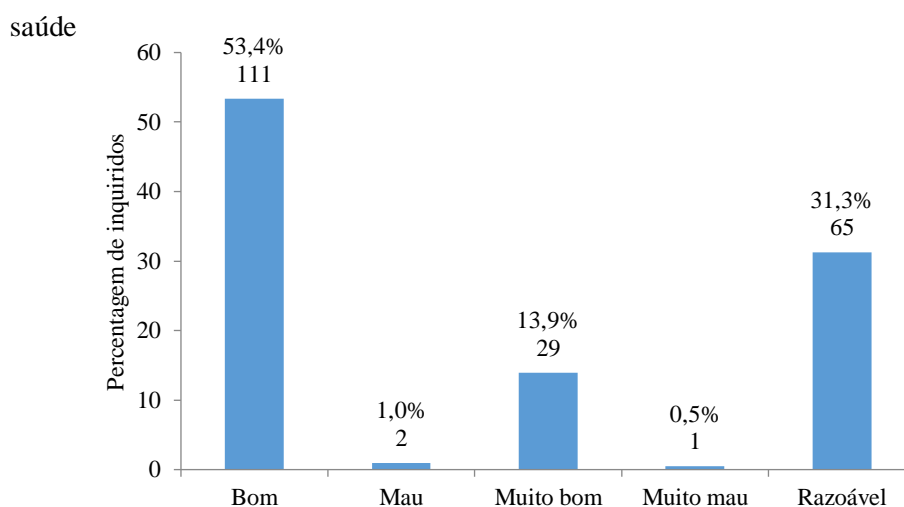
Variável		n	%
Tipo de horário laboral praticado	Fixo	83	39,9
	Por turnos	125	60,1
	Total	208	100,0
Carga horária semanal de trabalho	35 horas	120	57,7
	40 horas	88	42,3
	Total	208	100,0
Exerce funções noutra instituição	Não	189	90,9
	Sim	19	9,1
	Total	208	100,0

Relativamente à ocupação dos tempos livres (APÊNDICE IX), observou-se que a atividade mais praticada era o convívio com familiares (72,1%; $n=150$) seguido do uso dos meios de comunicação audiovisuais (53,4%; $n=111$) e dos meios de comunicação com infraestrutura global de informação que integram tecnologia *Web* (39,9%; $n=83$). Verificou-se, ainda, que as

atividades menos praticadas eram as atividades de relaxamento (95,7%; $n=199$), a integração/participação em grupos/associações culturais e recreativas (89,4%; $n=186$) e o frequentar cafés, bares ou discotecas (86,1%; $n=179$). Destacou-se o facto de 64,4% ($n=134$) e 62% ($n=129$) dos participantes terem referido não praticar qualquer desporto ou ler.

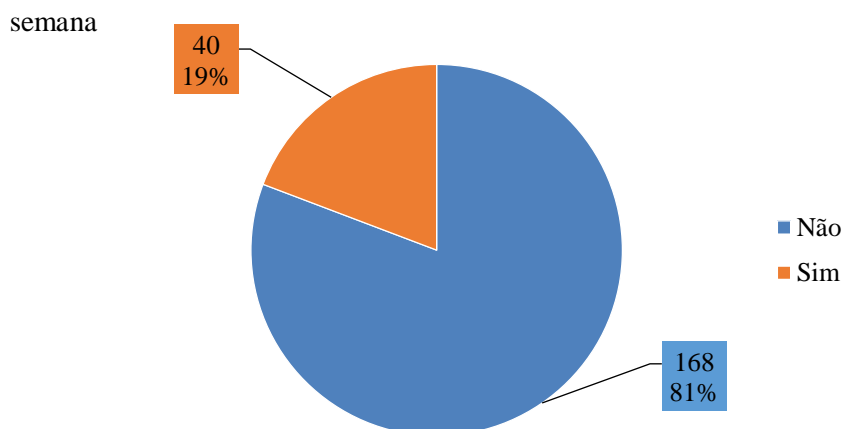
Solicitou-se que classificassem a perceção que têm do seu estado de saúde em termos gerais (Gráfico 4). Dos enfermeiros da amostra 53,3% ($n=111$) afirmaram que era bom, 31,3% ($n=65$) perceberam que a sua saúde era razoável e 1,5% ($n=3$) classificaram-no como mau ou muito mau.

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes quanto ao modo como classificam o seu estado de saúde



A informação que se apresenta nos gráficos 5 e 6 e na tabela 7 permitiu conhecer os hábitos tabágicos da amostra dos enfermeiros da ULS X, que constituiu um dos objetivos estabelecidos para o estudo. Quando questionados acerca de terem ou não fumado pelo menos um cigarro na última semana (Gráfico 5), 81% ($n=168$) dos enfermeiros participantes referiram que não e 19% ($n=40$) referiram ter fumado pelo menos 1 cigarro na última semana.

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes sobre se fumou pelo menos um cigarro na última semana



Quanto à idade com que começou a fumar (Tabela 7), os dados revelaram que os 40 participantes fumadores iniciaram o consumo de tabaco com idades compreendidas entre os 14 e os 36 anos, sendo a média de idade do início do comportamento aditivo os 18,5 anos (IC a 95% de 17,3 a 19,7 anos). Observou-se que, a maioria, 62,5% ($n=25$) iniciou hábitos tabágicos entre os 14 e os 19 anos, seguidos de 30% ($n=12$) que se situavam entre os 19 e os 24 anos. Metade dos indivíduos fumadores tinham idade superior ou igual a 18 anos quando iniciaram os hábitos tabágicos, sendo que 25% dos indivíduos que fumavam iniciaram o comportamento com idade inferior a 16 anos.

Relativamente ao número de anos que fumava, verificou-se que o número de anos varia entre 1 e os 36 anos, sendo a média de anos a fumar de 17,5 anos (IC a 95% de 14,6 a 20,4 anos). Constatou-se que 45% ($n=18$) dos participantes fumava entre 6 a 11 anos ou entre 11 e 16 anos, 20% ($n=8$) referiram fumar entre 16 a 21 anos e 17,5% ($n=7$) entre os 26 e 31 anos. Metade dos participantes fumava há mais de 16 anos e 25% da amostra fumava há mais de 25,5 anos.

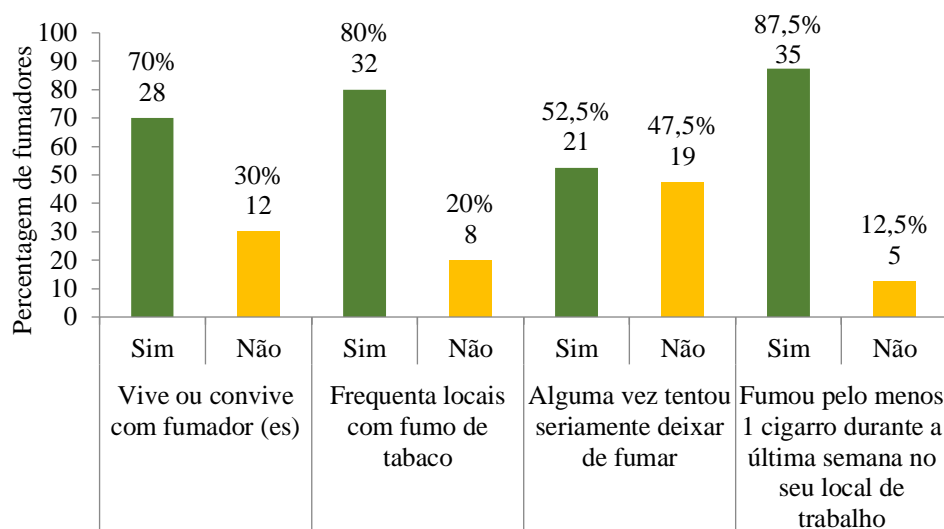
Tabela 7 – Distribuição dos participantes fumadores tendo em conta a idade com que começou a fumar e o número de anos que fuma

Variável		<i>n</i>	%
Com que idade começou a fumar?	[14 - 19[	25	62,5
	[19 - 24[	12	30,0
	[24 - 29[	2	5,0
	≥ 29	1	2,5
	Total	40	100,0
$\bar{x}=18,5$ Md=18 $s=3,8$ $X_{\min}=14$ $X_{\max}=36$ $Q_{1/4}=16$ $Q_{3/4}=19,8$			
Há quantos anos fuma?	[1 - 6[	1	2,5
	[6 - 11[	9	22,5
	[11 - 16[	9	22,5
	[16 - 21[	8	20,0
	[21 - 26[	3	7,5
	[26 - 31[	7	17,5
	≥ 31	3	7,5
	Total	40	100,0
$\bar{x}=17,5$ Md=16 $s=9$ $X_{\min}=1$ $X_{\max}=36$ $Q_{1/4}=10,3$ $Q_{3/4}=25,5$			

Questionados os 40 participantes fumadores sobre se vive ou convive com fumadores (Gráfico 6) observou-se que 70% ($n=28$) respondeu que sim. A mesma tendência se observou quando questionados sobre se frequentava locais com fumo de tabaco, com 80% ($n=32$) dos participantes a responderem que sim. No que concerne a questão sobre se alguma vez tentou seriamente deixar de fumar, a maioria (52,5%; $n=21$) revelou interesse na mudança de tal

comportamento. Solicitados a responder se na última semana fumou pelo menos um cigarro no local de trabalho, 87,5% ($n=35$) afirmou que sim.

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes fumadores tendo em conta alguns hábitos e comportamentos



Avaliou-se a prevalência dos fumadores participantes em função do sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, ter filhos, coabitação com os filhos, categoria profissional, local de trabalho, serviço, situação contratual, horário laboral praticado, carga horária semanal de trabalho, exercer funções em outra instituição e percepção do estado de saúde (Tabela 8 e 9). Quanto à distribuição dos fumadores por sexo, observou-se que a maioria dos 40 fumadores era do sexo feminino (62,5%; IC a 95% 47,5% - 77,5%), sendo que também a maioria dos 168 participantes não fumadores era do sexo feminino (73,8%; IC a 95% 67,2% - 80,4%). Contudo, analisou-se a distribuição dentro de cada sexo e concluiu-se que 25,4% (IC a 95% 14,3% - 36,5%) dos homens eram fumadores contra 16,8% (IC a 95% 10,8% - 22,8%) das mulheres.

Relativamente à idade observou-se que 35% ($n=14$) dos participantes fumadores tinham entre 30 e 40 anos de idade, seguido dos participantes com 20 a 30 anos de idade (25%; $n=10$). Nos participantes não fumadores observou-se que a faixa etária com maior representatividade era a dos 30 aos 40 anos (42,9%; $n=72$) seguida da dos 40 aos 50 anos de idade (29,2%; $n=49$). Tendo em conta que a distribuição das idades na amostra era simétrica, com valor central de 40 anos, aproximadamente, observou-se que a maioria (60%; IC a 95% 44,8% - 75,2%) dos fumadores tinha menos de 40 anos.

Quanto às habilitações literárias, a esmagadora maioria dos participantes fumadores (90%; $n=36$) era licenciada e apenas 10% ($n=4$) mestre, sendo a mesma tendência observada nos participantes não fumadores.

Da análise dos dados observou-se que o estado civil de metade dos fumadores era casado(a) ou vivia em união de facto (50%; $n=20$), seguindo-se os solteiros(as) (37,5%; $n=15$). Refira-se, também, que a maioria dos participantes não fumadores era casado(a) ou vivia em união de facto (76,1%; $n=128$). Determinou-se a prevalência de fumadores dentro de cada categoria de estado civil destacando-se os solteiros(as) com 32,6% (IC a 95% 19,1% - 46,2%) e os separados(as)/divorciados(as) com 30,8% (IC a 95% 5,7% - 55,9%).

Os dados relativos ao ter filhos demonstraram que a maioria dos participantes fumadores (55%; $n=22$) e não fumadores (70,8%; $n=119$) tinham filhos, sendo que a mesma tendência se verificou quando questionados se coabitavam com os filhos (86,4%; $n=19$; 87,4%; $n=104$).

Relativamente à categoria profissional, a maioria dos participantes fumadores (75%; $n=30$) e não fumadores (62,5%; $n=105$) eram enfermeiros de cuidados gerais. Analisada a prevalência dentro de cada categoria profissional dos participantes fumadores, apesar do reduzido número de ocorrências em algumas delas, sobressaiu a categoria enfermeiro supervisor/diretor com 40% seguido dos enfermeiros de cuidados gerais com 22,2%.

Da análise dos dados obtidos na categoria local de trabalho, verificou-se que a maioria dos participantes fumadores (70%; $n=28$) e não fumadores (68,5%; $n=115$) trabalhavam nos CSH. Ao avaliar a distribuição dentro de cada categoria, observou-se que a percentagem de participantes fumadores era muito semelhante (19,6% *versus* 18,5%) tendo, contudo, mais incidência nos participantes fumadores que trabalhavam nos CSH.

No que diz respeito ao serviço onde o enfermeiro exercia funções, verificou-se que 32,5% ($n=13$) dos participantes fumadores exerciam funções nas especialidades médicas, seguidos daqueles que trabalhavam em CSP (27,7%; $n=11$) e dos que exerciam funções nas especialidades cirúrgicas (20%; $n=8$). Também nos participantes não fumadores foram estes os serviços com maior representatividade. Avaliada a distribuição de participantes fumadores em cada um dos serviços destacou-se as especialidades médicas (25%) sendo, contudo, a distribuição dos participantes fumadores nas especialidades cirúrgicas, CSP e gestão muito semelhantes (19,5%; 21,2%; 20%).

Ao analisar os dados relativos à situação contratual dos participantes, 87,5% ($n=35$) dos participantes fumadores tinham um CIT em funções públicas por tempo indeterminado ou um CIT por tempo indeterminado, sendo que nos participantes não fumadores também se observou a mesma tendência (60,7%; $n=102$; 37,5%; $n=63$). Porém, calculada a prevalência dos participantes fumadores por categoria da situação contratual, apesar do reduzido número de ocorrências em

algumas delas, foi nos participantes com CIT em funções públicas a termo certo ou com CIT a termo certo onde os dados foram mais expressivos, 66,7% e 60% respetivamente.

Quanto ao tipo de horário laboral praticado, observou-se que a grande maioria dos participantes fumadores (72,5%; IC a 95% 58,7% - 86,3%) trabalhava por turnos, bem como a maioria dos participantes não fumadores (57,1%; IC a 95% 49,6 - 64,6%). A prevalência de fumadores nos participantes que trabalhavam por turnos foi superior (23,2%; IC a 95% 15,8% - 30,6%) à que se observou no grupo de participantes com horário fixo (13,3%; IC a 95% 6% - 20,5%), onde existia maior prevalência de não fumadores (86,7%; IC a 95% 79,5% - 94%).

No que concerne à carga horária semanal, 55% ($n=22$) dos fumadores cumpria 40 horas semanais. Opostamente, nos participantes não fumadores a maioria (68,7%; $n=102$) praticava um horário de 35 horas semanais.

Quanto à distribuição dos fumadores tendo em conta se exerciam funções em outra instituição, observou-se que a maioria dos 40 fumadores não exercia funções noutra instituição (95%; $n=38$), sendo que também a maioria dos 168 participantes não fumadores não exercia funções noutra instituição (89,9%; $n=151$).

Por fim, no que se refere à perceção que cada participante tem do seu estado de saúde, verificou-se que a maioria dos fumadores (52,5%; $n=21$) considerava o seu estado de saúde como bom, tendo-se observado a mesma tendência nos participantes não fumadores (53,6%; $n=90$). No entanto, analisou-se a distribuição dentro de cada perceção do estado de saúde salientando-se os que percecionavam o seu estado de saúde como mau (50%), seguidos daqueles que o percecionavam como razoável (20%).

Tabela 8 – Distribuição dos participantes fumadores e não fumadores em função do sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, ter filhos, coabita com os filhos e categoria profissional

Variáveis		Fumador					
		Sim (n=40)			Não (n=168)		
		n	%	% Variável	n	%	% Variável
Sexo	Masculino (n=59)	15	37,5%	25,4%	44	26,2%	74,6%
	Feminino (n=149)	25	62,5%	16,8%	124	73,8%	83,2%
Idade	[20, 30[(n=22)	10	25,0%	45,5%	12	7,1%	54,5%
	[30, 40[(n=86)	14	35,0%	16,3%	72	42,9%	83,7%
	[40, 50[(n=56)	7	17,5%	12,5%	49	29,2%	87,5%
	[50, 60[(n=43)	9	22,5%	20,9%	34	20,2%	79,1%
	>=60 (n=1)	0	0,0%	0,0%	1	0,6%	100,0%
Habilitações literárias	Bacharelato (n=2)	0	0,0%	0,0%	2	1,2%	100%
	Licenciatura (n=165)	36	90%	21,8%	129	76,8%	78,2%
	Mestrado (n=40)	4	10,0%	10,0%	36	21,4%	90,0%
	Doutoramento (n=1)	0	0,0%	0,0%	1	0,6%	100%
Estado civil	Casado/a; União de facto (n=148)	20	50,0%	13,5%	128	76,1%	86,5%
	Separado/a; Divorciado/a (n=13)	4	10,0%	30,8%	9	5,4%	69,2%
	Solteiro/a (n=46)	15	37,5%	32,6%	31	18,5%	67,4%
	Viúvo/a (n=1)	1	2,5%	100,0%	0	0,0%	0,0%
Tem filhos	Sim (n=67)	22	55,0%	15,6%	119	70,8%	84,4%
	Não (n=141)	18	45,0%	26,9%	49	29,2%	73,1%
Coabita com os seus filhos	Sim (n=18)	19	86,4%	15,4%	104	87,4%	84,6%
	Não (n=123)	3	13,6%	16,7%	15	12,4%	83,3%
Categoria profissional	Enfermeiro de cuidados gerais (n=135)	30	75,0%	22,2%	105	62,5%	77,8%
	Enfermeiro especialista (n=48)	5	12,5%	10,4%	43	25,6%	89,6%
	Enfermeiro chefe/responsável (n=20)	3	7,5%	15,0%	17	10,1%	85,0%
	Enfermeiro supervisor/diretor (n=5)	2	5,0%	40,0%	3	1,8%	60,0%

Tabela 9 – Distribuição dos participantes fumadores e não fumadores em função do local de trabalho, serviço, situação contratual, horário laboral praticado, carga horária semanal de trabalho, exercício de funções em outra instituição e percepção do estado de saúde

Variáveis		Fumador					
		Sim (n=40)			Não (n=168)		
		n	%	% Variável	n	%	% Variável
Local de trabalho	CSP (65)	12	30,0%	18,5%	53	31,5%	81,5%
	CSH (n=143)	28	70,0%	19,6%	115	68,5%	80,4%
Serviço	CSP (n=52)	11	27,5%	21,2%	41	24,7%	78,8%
	Especialidades médicas (n=52)	13	32,5%	25%	39	23,5%	75,0%
	Especialidades cirúrgicas (n=43)	8	20,0%	19,5%	35	19,9%	80,5%
	Urgência/Intensivos (n=21)	3	7,5%	14,3%	18	10,9%	85,7%
	Consulta externa (n=8)	0	0,0%	0,0%	8	4,8%	100,0%
	Saúde infantil e obstétrica (n=4)	0	0,0%	0,0%	4	2,4%	100,0%
	Gestão (n=25)	5	12,5%	20,0%	20	12%	80,0%
	Outros (n=3)	0	0,0%	0,0%	3	1,8%	100,0%
Situação contratual	CIT em funções públicas por tempo indeterminado (n=121)	19	47,5%	15,7%	102	60,7%	84,3%
	CIT em funções públicas a termo certo (n=3)	2	5,0%	66,7%	1	0,6%	33,3%
	CIT por tempo indeterminado (n=79)	16	40%	20,3%	63	37,5%	79,7%
	CIT a termo certo (n=5)	3	7,5%	60,0%	2	1,2%	40,0%
Horário laboral praticado	Por turnos (n=125)	29	72,5%	23,2%	96	57,1%	76,8%
	Fixo (n=83)	11	27,5%	13,3%	72	42,9%	86,7%
Carga horária semanal de trabalho	35horas (n=120)	18	45,0%	15,0%	102	60,7%	85,0%
	40horas (n=88)	22	55,0%	25,0%	66	39,3%	75,0%
Exerce funções noutra instituição	Sim (n=19)	2	5,0%	10,5%	17	10,1%	89,5%
	Não (n=189)	38	95,0%	20,1%	151	89,9%	79,9%
Percepção do estado de saúde	Muito Bom (n=29)	5	12,5%	17,2%	24	14,2%	82,8%
	Bom (n=111)	21	52,5%	18,9%	90	53,6%	81,1%
	Razoável (n=65)	13	32,5%	20,0%	52	31,0%	80,0%
	Mau (n=2)	1	2,5%	50,0%	1	0,6%	50,0%
	Muito mau (n=1)	0	0,0%	0,0%	1	0,6%	100%

No que se segue, analisaram-se os resultados que permitiram obter informação acerca do grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica dos 40 fumadores participantes. Desta forma, pretendeu-se avaliar o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica, que constituiu um dos objetivos estabelecidos para o estudo.

2.2 – O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA

Para a avaliação da fiabilidade do teste de *Fagerström* na amostra determinou-se o coeficiente *alpha* de *Cronbach*, cujo valor foi 0,76, revelando uma boa fiabilidade [*alpha* de *Cronbach* do autor=0,66 (Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira, 2009)].

Observou-se que 52,5% ($n=21$) dos fumadores revelaram um grau de dependência à nicotina muito baixa, 20% ($n=8$) uma dependência baixa e 15% ($n=6$) uma dependência elevada ou muito elevada (Tabela 10).

Para a avaliação da fiabilidade do teste de *Richmond* na amostra determinou-se o coeficiente *alpha* de *Cronbach*, cujo valor foi de 0,46. Não se encontrando bibliografia que reportasse o valor do referido coeficiente, contactou-se por correio eletrónico o autor do teste, tendo-se obtido a informação da sua inexistência (APÊNDICE X; ANEXO X). Apesar de o *alpha* de *Cronbach* do teste de *Richmond* na amostra ser inferior a 0,60, considerou-se pertinente a sua utilização por ser um teste internacional, utilizado no III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012 (Balsa, Vital & Urbano, 2014) e por fazer parte integrante da intervenção para a Cessação Tabágica – Programa tipo de atuação apresentado pela DGS integrante do PNPCT do PNS 2012 – 2106 com extensão a 2020 (Nunes (coord.), 2008).

Verificou-se que 95% ($n=38$) dos fumadores manifestou baixa motivação para a cessação tabágica e apenas 5% ($n=2$) revelou uma motivação moderada (Tabela 10).

Foi possível observar que a maioria dos fumadores participantes manifestaram ter um grau de dependência à nicotina muito baixo e, também, a maioria tinha baixa motivação para a cessação tabágica.

Tabela 10 – Distribuição dos participantes fumadores no que respeita ao grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica

Variável		<i>n</i>	%
Grau de dependência à nicotina (Teste de <i>Fagerström</i>)	Muito baixo	21	52,5
	Baixo	8	20,0
	Médio	5	12,5
	Elevada	4	10,0
	Muito elevada	2	5,0
	Total	40	100,0
Avaliação da motivação para a cessação tabágica (Teste de <i>Richmond</i>)	Motivação baixa	38	95,0
	Motivação moderada	2	5,0
	Total	40	100,0

Os resultados obtidos do estudo de correlação entre o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica dos participantes fumadores apresentam-se na tabela 11. Verificou-se a existência de uma correlação que se pode classificar como regular, mas estatisticamente significativa ($p=0,042$), entre o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica. Atendendo a que esta correlação foi negativa, concluiu-se que uma menor motivação para a cessação tabágica está associada a um maior grau de dependência à nicotina.

Tabela 11 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os testes de *Richmond* e *Fagerström*

<i>n</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
40	-0,323	0,042

2.3 – O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA/MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO CONTEXTO LABORAL

Nesta secção procurou-se averiguar se algumas características sociodemográficas e do contexto laboral influenciavam o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica.

No caso das variáveis sexo, habilitações literárias, estado civil, ter ou não filhos, coabitar com os filhos, local de trabalho, tipo de horário laboral praticado, a carga horária semanal de trabalho e viver ou conviver com fumador(es) aplicou-se o teste *U* de *Mann-Whitney* para comparar os resultados dos testes de *Fagerström* e *Richmond* nas duas categorias de cada variável (APÊNDICE XI). Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas

(APÊNDICE XI: Tabela 28) apenas na variável “vive ou convive com fumador(es)?” e no teste de *Richmond* ($p=0,021$). Tal permitiu concluir, que os fumadores que vivem ou convivem com fumadores tinham menor motivação para a cessação tabágica. Assim, viver/conviver ou não com fumador(es) parece influenciar a motivação para a cessação tabágica. Nas restantes variáveis, referidas anteriormente, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), não existindo evidência de que o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica possam ser influenciadas por tais variáveis.

Com o objetivo de avaliar a correlação entre as variáveis “idade” e “como percebem o seu estado de saúde” com o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica, determinou-se o coeficiente de *Spearman* (APÊNDICE XI: Tabela 29 e 30). Os resultados indicaram que não existia correlação, estatisticamente significativa, entre as referidas variáveis.

2.4 – SER OU NÃO FUMADOR, E AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO CONTEXTO LABORAL

Procurou-se averiguar a existência de associação entre ser ou não fumador e cada uma das variáveis sociodemográficas e do contexto laboral, analisadas anteriormente no ponto 2.1 (Tabela 8 e 9).

A análise exploratória da tabela 8 e 9, atrás apresentadas, indicou uma maior percentagem de fumadores no sexo masculino (25,4%) do que no sexo feminino (16,8%), nos que não tinham filhos (26,9%) do que os que tinham (15,6%) e nos que não coabitavam com os filhos (16,7%) em relação aos que coabitavam (15,4%). No mesmo sentido, observou-se, nos participantes fumadores uma maior percentagem de fumadores nos que trabalhavam em CSH (19,6%) do que nos que trabalhavam em CSP (18,5%), entre os que faziam turnos (23,2%) e os que trabalhavam em horário fixo (13,3%) e nos que faziam 40 horas semanais (25%) comparativamente com os que faziam 35 horas (15%). Por fim, também se averiguou uma maior percentagem de fumadores nos participantes que não exerciam funções em outras instituições (20,1%) comparativamente com aqueles que exerciam (10,5%).

Contudo, os resultados estatísticos obtidos na tabela 12 indicam que existe independência entre ser ou não fumador e as variáveis em questão ($p>0,05$), ou seja, os dados apontam para a não associação entre as variáveis estudadas e o ser ou não fumador. Para as restantes variáveis, sociodemográficas e do contexto laboral, não foram verificadas as condições exigidas, para se obterem resultados válidos à aplicação do teste de independência do qui-quadrado.

Tabela 12 – Teste Exato de *Fisher* para averiguar a existência de associação entre ser ou não fumador em função de cada uma das variáveis

Variáveis	<i>n</i>	<i>p</i>
Sexo	208	0,174
Tem filhos	208	0,061
Local de trabalho	208	1,000
Coabita com os seus filhos	141	1,000
Horário laboral praticado	208	0,105
Carga horária semanal de trabalho	208	0,077
Exerce funções noutra instituição	208	0,540

2.5 – O NÍVEL DE *STRESSE* OCUPACIONAL

Para a avaliação da fiabilidade do QSPS na amostra calculou-se o coeficiente *alpha* de *Cronbach* (Tabela 13) e comparou-se com o do autor (Gomes, 2014), podendo-se concluir que o questionário de 25 questões revelava uma boa fiabilidade em todas as suas dimensões e na sua avaliação geral.

Tabela 13 – Consistência interna do questionário de *stresse* nos profissionais de saúde

Questionário/dimensão	n.º de itens	<i>alpha</i> de <i>Cronbach</i>	
		No estudo	Autor
Questionário de <i>stresse</i> nos profissionais de saúde	25	0,91	n.d
❖ <i>Lidar com utentes</i>	4	0,76	0,82
❖ <i>Excesso de trabalho</i>	4	0,83	0,83
❖ <i>Carreira e remuneração</i>	5	0,88	0,89
❖ <i>Relações profissionais</i>	5	0,82	0,87
❖ <i>Ações de formação</i>	3	0,83	0,84
❖ <i>Problemas familiares</i>	4	0,81	0,51

Com a aplicação do QSPS, pretendeu-se conhecer o nível de *stresse* ocupacional dos participantes. Recorde-se que a escala varia de 0 a 4 pontos com: 0=Nenhum *Stresse*; 1=Pouco *Stresse*; 2=Moderado *Stresse*; 3=Bastante *Stresse*; 4=Elevado *Stresse*. Quando solicitados a classificar o nível de *stresse* em termos gerais na sua atividade profissional (Tabela 14), 47,1% dos elementos da amostra classificaram o nível de *stresse* como “Moderado *Stresse*”, 29,8% de

“Bastante *Stresse*” e apenas 1,4% responderam “Nenhum *Stresse*”. Observou-se que metade dos elementos da amostra avaliaram o seu nível de *stresse* como sendo moderado ou superior ($Md=2$), sendo que o nível de *stresse* variou entre 0 e 4 (Tabela 14).

Quando calculado o nível de *stresse* resultante das seis dimensões através do cálculo da média aritmética dos dados obtidos nas 25 questões que compõem a escala, os resultados foram similares aos obtidos quando questionados sobre o nível de *stresse* na sua atividade profissional em termos gerais. Verificou-se que o nível de *stresse* variou entre 0,25 e 3,71 e que metade dos participantes avaliou o seu nível de *stresse* entre moderado e elevado ($Md=2,42$) (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição dos participantes quanto ao nível de *stresse* em termos gerais na sua atividade profissional

Variável		<i>n</i>	%
Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...	Nenhum <i>Stresse</i>	3	1,4
	Pouco <i>Stresse</i>	24	11,5
	Moderado <i>Stresse</i>	98	47,1
	Bastante <i>Stresse</i>	62	29,8
	Elevado <i>Stresse</i>	21	10,1
	Total	208	100,0
<hr/>			
	$\bar{x}=2,36$	$Md=2$	$X_{min}=0$
	$X_{máx}=4$	$Q_{1/4}=2$	$Q_{3/4}=3$
<hr/>			
<i>Stresse</i> total (6 dimensões)			
<hr/>			
	$\bar{x}=2,34$	$Md=2,42$	$X_{min}=0,25$
	$X_{máx}=3,71$	$Q_{1/4}=1,96$	$Q_{3/4}=2,75$
<hr/>			

O gráfico 7 resume a informação acerca do nível de *stresse* ocupacional que os participantes percecionaram em cada uma das dimensões do QSPS. Sendo de referir que o nível de *stresse* em cada dimensão resultou da média aritmética dos itens envolvidos. No âmbito da dimensão lidar com utentes, observou-se que metade dos participantes manifestou moderado a bastante nível de *stresse* ($Q_{1/4}=2$; $Q_{3/4}=3$).

Na dimensão excesso de trabalho, constatou-se que o nível de *stresse* variou entre nenhum e elevado *stresse*. Verificou-se que em 50% da amostra os enfermeiros manifestaram níveis de *stresse* de moderado a elevado ($Q_{1/4}=2$; $Q_{3/4}=3,25$).

Relativamente à dimensão carreira e remuneração, observou-se que a distribuição dos níveis de *stresse* foi similar à da dimensão excesso de trabalho.

Quando avaliada a dimensão das relações profissionais, a distribuição dos níveis de *stresse* percecionado pelos participantes foi semelhante à dimensão lidar com utentes.

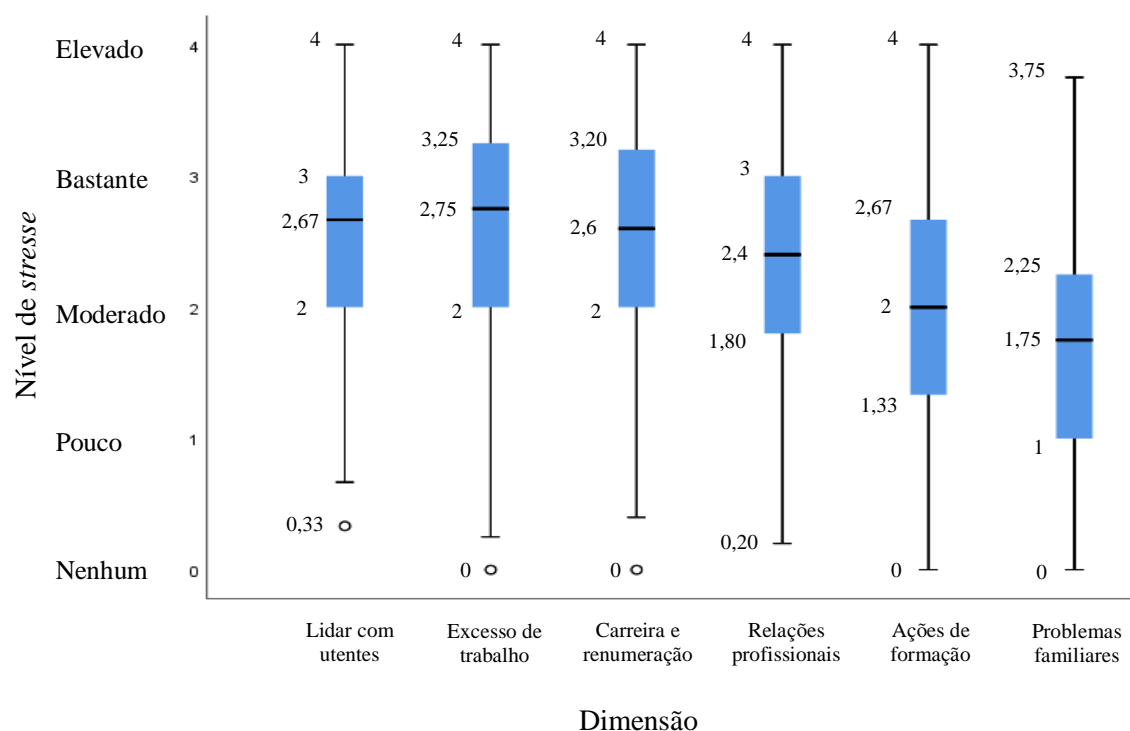
Quanto à dimensão ações de formação, verificou-se uma variação dos níveis de *stresse*, percecionado pelos enfermeiros, entre nenhum e elevado. Podendo considerar-se que 50% dos

participantes manifestou ter um nível de *stress* que variou em torno do moderado ($Q_{1/4}=1,33$; $Q_{3/4}=2,67$).

Por fim, na dimensão problemas familiares foi onde os participantes revelaram níveis de *stress* mais baixos. Observou-se que 25% dos enfermeiros consideraram que a sua situação familiar lhes provocava pouco ou nenhum *stress*.

Em resumo, com exceção das dimensões lidar com utentes e relações profissionais, em todas as restantes existem enfermeiros que manifestaram não ter nenhum *stress*. Por outro lado, com exceção da dimensão problema familiares, em todas as restantes existiram participantes que referiram sentir elevados níveis de *stress*. Refira-se, ainda, que 75% dos participantes manifestaram níveis de *stress* de moderado a elevado nas dimensões lidar com utentes, excesso de trabalho, excesso de remuneração, ações de formação e problemas familiares.

Gráfico 7 – Diagrama de extremos e quartis do nível *stress* ocupacional dos enfermeiros por dimensão



2.6 – O NÍVEL DE *STRESSE* OCUPACIONAL E O GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA E A MOTIVAÇÃO PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA

No seguimento do estudo, analisaram-se os dados com o intuito de averiguar a existência de relação do *stresse* ocupacional nos enfermeiros com o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica. Nesta secção a análise incidiu sobre os 40 participantes fumadores.

Estudou-se a correlação entre os níveis de *stresse* nas diferentes dimensões e o grau de dependência à nicotina dos participantes fumadores (Tabela 15). Verificou-se a existência de correlação que se classificou como regular, mas estatisticamente significativa, nas dimensões excesso de trabalho ($p=0,008$), ações de formação ($p=0,040$), problemas familiares ($p=0,007$) e com o conjunto das seis dimensões que compõem o QSPS ($p=0,011$). Nestes casos, atendendo que as correlações obtidas foram todas positivas, pôde-se concluir que à medida que o nível de *stresse* aumenta, o grau de dependência à nicotina aumenta, ou seja, o comportamento aditivo tende a evidenciar-se mais.

Tabela 15 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os níveis de *stresse* e o grau de dependência à nicotina

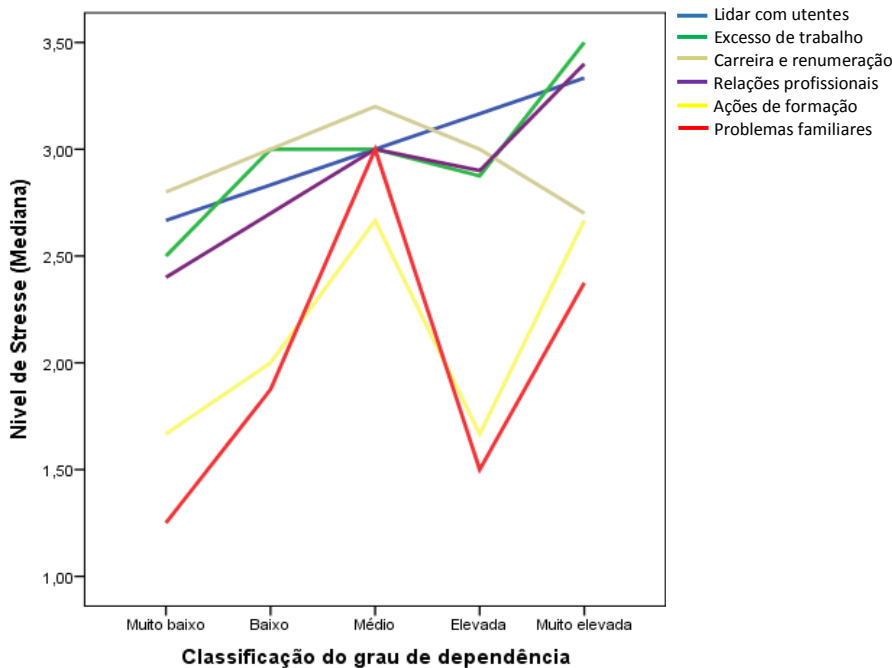
Níveis de <i>stresse</i>	Teste de <i>Fagerström</i>		
	<i>n</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>
Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...	40	0,125	0,441
<i>Stresse</i> total (6 dimensões)	40	0,397	0,011
Lidar com utentes	40	0,195	0,228
Excesso de trabalho	40	0,415	0,008
Carreira e remuneração	40	0,015	0,929
Relações profissionais	40	0,224	0,165
Ações de formação	40	0,326	0,040
Problemas familiares	40	0,417	0,007

Da análise da distribuição dos níveis de *stresse* em função do grau de dependência à nicotina (Gráfico 8), observou-se que os enfermeiros participantes percecionaram um nível de *stresse* moderado ou superior, independentemente do grau de dependência à nicotina que apresentavam. Esta tendência só não se observou nas dimensões ações de formação e problemas familiares.

O grau de dependência à nicotina nas dimensões lidar com utentes, excesso de trabalho e relações profissionais, tendeu a ser mais elevada para os níveis de *stresse* mais elevados. Nas dimensões ações de formação e problemas familiares foi onde se observaram menores níveis de *stresse* (moderado ou pouco *stresse*), sendo que os participantes que apresentaram um grau de

dependência à nicotina médio e muito elevado manifestaram níveis de *stress* superiores (moderado e bastante *stress*).

Gráfico 8 – Distribuição dos níveis de *stress* em função do grau de dependência à nicotina



A avaliação da correlação entre os níveis de *stress* e a motivação para a cessação tabágica dos participantes fumadores, permitiu obter os resultados apresentados na tabela 16. Verificou-se que não existia correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$), ou seja, os dados não evidenciam que a motivação para a cessação tabágica fosse influenciada pelos níveis de *stress*.

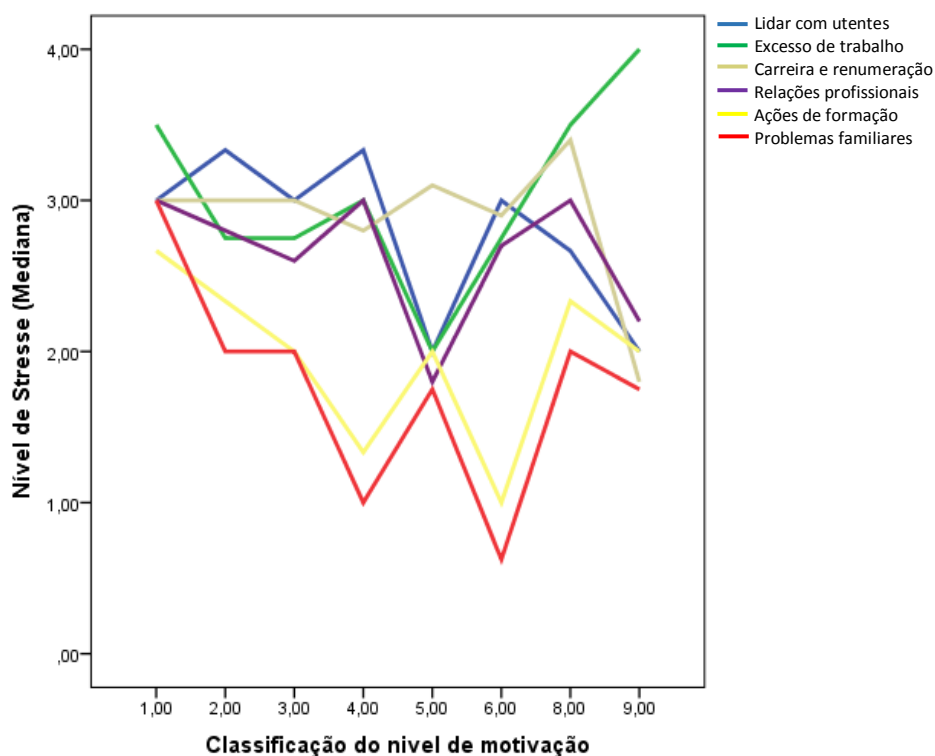
Tabela 16 – Coeficiente de correlação de *Spearman* entre os níveis de *stress* e a motivação para a cessação tabágica

Níveis de <i>stress</i>	Teste de <i>Richmond</i>		
	<i>n</i>	<i>rs</i>	<i>p</i>
Em termos gerais, a minha atividade profissional provoca-me...	40	-0,025	0,876
<i>Stress</i> total (6 dimensões)	40	-0,249	0,122
Lidar com utentes	40	-0,184	0,256
Excesso de trabalho	40	-0,109	0,504
Carreira e remuneração	40	-0,026	0,874
Relações profissionais	40	-0,175	0,280
Ações de formação	40	-0,283	0,077
Problemas familiares	40	-0,303	0,057

Quando analisada a distribuição dos níveis de *stress* em função da motivação para a cessação tabágica (Gráfico 9), observou-se que, em termos gerais, nas dimensões lidar com utentes, relações profissionais, excesso de trabalho e carreira e remuneração, os participantes manifestaram um nível de *stress* de moderado a elevado, independente do nível de motivação para a cessação tabágica. Esta teve como exceção as dimensões lidar com utentes, excesso de trabalho e relações profissionais, situações em que a motivação tabágica foi moderada (valor cinco) e o nível de *stress* manifestado foi abaixo do moderado.

Nas dimensões problemas familiares e ações de formação, observou-se que os indivíduos com nível de motivação mais baixo manifestaram maior nível de *stress* ocupacional. Destacou-se, ainda, o facto de nas referidas dimensões, os níveis de *stress* serem, em termos gerais, mais baixos (moderado ou pouco *stress*) do que nas restantes dimensões do *stress* e para os diferentes níveis de motivação de cessação tabágica.

Gráfico 9 – Distribuição dos níveis de *stress* em função da motivação para a cessação tabágica



3 – DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS

Elaborada a análise a apresentação dos dados e resultados, procedeu-se à sua interpretação, dando ênfase aos resultados mais significativos obtidos com a análise estatística e consequentemente, confrontando os dados com a bibliografia consultada sobre a temática, tendo em conta a questão/problema de investigação e os objetivos delineados para o estudo.

Os resultados basearam-se numa amostra de 208 enfermeiros (taxa de retorno e adesão de 32,98% da população alvo) com idades compreendidas entre os 23 e 62 anos, sendo a média de idade 40,5 anos, onde, seguindo a cultura mundial da profissão, 71,6% dos participantes ($n=149$) eram do sexo feminino. O questionário *online*, enviado por correio eletrónico institucional a todos os profissionais de enfermagem da ULS X, esteve disponível no período de 15 de julho de 2017 a 5 de março de 2018.

No intuito de dar resposta ao primeiro objetivo do estudo “Conhecer os hábitos tabágicos dos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal”, os participantes responderam a um conjunto de questões do protocolo de colheita de dados. Dos resultados, salientou-se que a maioria dos participantes (81%; $n=168$) eram não fumadores, valores semelhantes aos encontrados por Costa (2006), Duarte (2014), Saraiva, Chaves, Duarte e Amaral (2017), todavia mais distantes dos dados descritos por Moré, Canterra, Fibla, Remon e Crespo, (2002), Ruiz e Bayle (2003), Fraga, Sousa, Santos, *et al* (2005) e Machado e Silveira, (2014), onde a percentagem de participantes fumadores rondava os 30% e os 50%, aproximadamente.

Nos participantes fumadores, observou-se que a média de idade do início do comportamento aditivo foi os 18,5 anos, idade inferior ao resultado obtido num estudo efetuado em Barcelona, em 2002, onde a média de idade foi de 23,2 anos (Moré, Canterra, Fibla, Remon & Crespo, 2002). Contudo, estudos mais atuais [(Costa, (2006); Duarte, (2014); Bianchini, Jacob, Silva & Silveira, (2016)] descrevem a tendência de um início de consumo mais precoce, média de idade de 18 anos, indo ao encontro dos dados encontrados no presente estudo. Refira-se, ainda, que os dados obtidos num estudo descrito por Saraiva, Chaves, Duarte e Amaral (2017), bem como os dados obtidos por Balsa, Vital e Urbano (2017), no último Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral em Portugal 2016/17, e os obtidos num estudo que integrou estudantes de enfermagem por Bonito (coord., 2017), a média de idade do início de consumo no fumador regular foi inferior ao encontrado no presente estudo (16,8, 17 e 17,9 anos respetivamente).

A média de anos de consumo dos participantes fumadores foi de 17,5 anos. Nos estudos consultados não se obteve dados relativos à média de anos de consumo.

No que respeita à convivência com fumadores e ao frequentar locais com fumo de tabaco, a grande maioria (70%; $n=28$ e 80%; $n=32$) deu uma resposta afirmativa, corroborando com os estudos descritos por Cardoso, Santos e Berardinelli (2009), Saraiva, Chaves, Duarte e Amaral (2017) e por Bonito (coord., 2017), sendo que o hábito tabágico pode ser um critério de inserção e aceitação do indivíduo em determinados grupos sociais e uma das situações que pode levar ao consumo pode ser o frequentar locais de fumo, como os cafés.

Quanto à tentativa de cessação tabágica, os resultados foram ao encontro da bibliografia consultada [Moré, Canterra, Fibla, Remon & Crespo, 2002; Costa, 2006; Saraiva, Chaves, Duarte & Amaral; 2017, Bonito (coord., 2017)], observando-se que a maioria referiu já ter feito pelo menos uma real tentativa para deixar de fumar.

Observou-se, também, que a esmagadora maioria dos fumadores participantes (87,5%; $n=35$) referiu ter fumado pelo menos um cigarro no local de trabalho durante a última semana. Dados corroborados em diversos estudos consultados, todavia com uma tendência para o comportamento diminuir (Ruiz & Bayle, 2003; Costa, 2006). Em contrapartida, Duarte (2014) num estudo efetuado nos profissionais de saúde no agrupamento de centros de saúde do Porto, observou que apenas 12% referiu fumar no local de trabalho. De referir que a legislação portuguesa em vigor proíbe o consumo de tabaco no local de trabalho, com exceção nos espaços próprios exteriores às instituições.

Culturalmente e a nível mundial, a profissão de enfermagem tem uma representatividade bastante superior no sexo feminino. No estudo, os dados demonstraram que dos participantes fumadores ($n=40$), 62,5% ($n=25$) era do sexo feminino, porém, ao calcular a percentagem de fumadores dentro de cada sexo a prevalência de tabagismo nos participantes fumadores do sexo masculino foi superior (25,4%) relativamente ao sexo feminino (16,8%). Dados estes, que foram ao encontro dos estudos descritos por Ruiz e Bayle, (2003), Costa (2006), Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016), Balsa, Vital e Urbano (2017), Saraiva, Chaves, Duarte e Amaral (2017) e Bonito (coord., 2017).

Relativamente à idade dos fumadores participantes, 60% ($n=24$) tinham entre os 20 e 40 anos de idade, estando em linha com o estudo realizado por Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016), no Brasil, onde a prevalência de fumadores se situava na faixa etária dos 20 aos 49 anos. Contudo, Ruiz e Bayle (2003), num estudo realizado em Madrid, referem que foi na faixa etária inferior a 30 anos de idade onde a prevalência de fumadores foi menor.

Atualmente para iniciar o exercício da profissão de enfermagem é exigido que o profissional seja detentor de uma licenciatura. Da análise da prevalência dos fumadores participantes observou-se que 90% ($n=36$) tinha como formação superior uma licenciatura,

seguindo o descrito por Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016) onde observaram que nos participantes com um nível de formação superior a prevalência do tabagismo tende a aumentar.

Dos participantes fumadores, 50% ($n=20$) era casado/a ou vivia em união de facto, contudo quando calculada a prevalência de fumadores dentro de cada categoria do estado civil destacaram-se os solteiros(as) com 32,6% e os separados(as)/divorciados(as) com 30,8% face aos casados ou os que viviam em união de facto com 13,5%. Os dados foram ao encontro ao descrito por Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016) que referem que foi nas mulheres solteiras ou divorciadas que observaram maior propensão a fumar face às casadas ou em uniões estáveis.

No cálculo da prevalência de fumadores quanto ao ter filhos e ao coabitar com os filhos, destacaram-se dentro de cada categoria os participantes que não tinham ou não coabitavam com os filhos (26,9%; 16,7%), não se encontrando na revisão da literatura efetuada dados que indicassem que a prevalência do tabagismo fosse superior na presença ou não de filhos.

Quanto à categoria profissional, 75% ($n=30$) dos participantes fumadores eram enfermeiros de cuidados gerais e 25% ($n=10$) tinham categoria de especialista, chefe/responsável ou supervisor/diretor. Porém, ao calcular a prevalência de fumadores dentro de cada categoria profissional sobressaiu a categoria de enfermeiro supervisor/diretor (40%) seguidos dos enfermeiros de cuidados gerais (22,2%), o que vai ao encontro do descrito por Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016) que verificaram, no seu estudo, que a prevalência do tabagismo tendia a aumentar nos cargos mais exigentes e em serviços que exigissem maior esforço físico, como é exemplo os cuidados gerais.

Relativamente ao local de trabalho, dos fumadores participantes, a maioria (70%; $n=28$) referiu trabalhar nos CSH, todavia, a prevalência dos fumadores que trabalhavam nos CSP ou CSH foi muito semelhante (18,5% *versus* 19,6%), consoante o estudo de Ruiz & Bayle (2003).

No que se refere ao serviço onde o enfermeiro exercia funções, 52,5% ($n=21$) dos participantes fumadores exerciam funções nas especialidades médicas ou cirúrgicas, seguidos daqueles que trabalhavam em CSP (27,7%; $n=11$). No cálculo da prevalência dentro de cada serviço, os dados foram semelhantes entre as especialidades médicas, cirúrgicas, CSP e gestão (25%; 19,5%; 21,2%; 20%), indo ao encontro do descrito por Ruiz e Bayle (2003) e Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016). Estes últimos referem, ainda, que os cargos mais exigentes e os serviços que exigem maior esforço físico e onde sentimentos de ansiedade e *stress* estão mais presentes, a prevalência de tabagismo tende a aumentar.

Da análise da prevalência de participantes fumadores dentro de cada situação contratual, os contratos de trabalho mais precários (CIT em funções públicas a termo certo e CIT a termo certo) foram onde a prevalência de fumadores foi maior (66,7% e 60%), seguindo o descrito por Costa (2006) e Rocha e David (2015) que referem que o consumo de drogas como o tabaco, pode

estar associado às condições e contexto de trabalho. Apesar de na revisão da literatura efetuada não haver referência, direta, a que o vínculo laboral possa ser fator para o aumento da prevalência dos participantes fumadores dentro de cada situação contratual, a instabilidade contratual poderá ser um fator para justificar os dados obtidos.

No que se refere ao tipo de horário laboral praticado e a carga horária de trabalho semanal, a maioria dos participantes fumadores (72,5%; $n=29$) trabalhava por turnos e praticava 40 horas de trabalho semanal (55%; $n=22$), verificando-se a mesma tendência quando avaliada a prevalência de participantes fumadores dentro de cada categoria. Os dados foram ao encontro do estudo efetuado por Duarte (2014) que descreve que os enfermeiros representam o grupo profissional com o maior número de fumadores diários ou ocasionais, podendo esta situação resultar principalmente por serem um grupo sujeito a níveis elevados de *stress* no exercício das suas funções. Também Costa (2006), Rocha e David (2015) e Bianchini, Jacob e Silveira (2016), referem que o tabagismo pode estar associado às condições e contexto de trabalho e a carga horária excessiva.

Quando analisada a informação sobre se os participantes fumadores exerciam funções em outras instituições a grande maioria (95%; $n=38$) referiu que não. Contudo, segundo Bianchini, Jacob e Silveira (2016) um dos motivos que poderá levar ao início do tabagismo poderá ser a carga horária excessiva.

A maioria dos participantes fumadores considerou o seu estado de saúde como bom (52,5%; $n=21$), porém no cálculo da prevalência dentro de cada categoria salienta-se os que consideraram o seu estado de saúde mau (50%), seguidos daqueles que o consideraram de razoável (20%). Na revisão da literatura efetuada não foram encontrados resultados que analisassem a perceção do estado de saúde dos participantes. Contudo, tendo em conta a informação obtida, a ansiedade e *stress* sobre o estado de saúde que cada participante fumador vivencia poderá ser um fator que justifique os dados obtidos.

Para avaliar o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica dos 40 fumadores participantes, que constitui um dos objetivos estabelecidos para o estudo, usou-se o teste de *Fagerström* e o teste de *Richmond*. A informação obtida permitiu observar que a maioria dos participantes fumadores (52,5%; $n=21$) apresentavam um grau de dependência à nicotina muito baixa e manifestaram baixa motivação (95%; $n=38$) ou moderada motivação (5%; $n=2$) para a cessação tabágica. Tais conclusões estão em linha com os estudos efetuados por Balsa, Vital e Urbano (2014), Duarte (2014), Botelho, Espinosa, Pawlina e Rondina (2015), Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016), Bonito (coord.) (2017) e Saraiva, Chaves, Duarte e Amaral (2017). Em oposição, num estudo realizado por Moré, Canterra, Fibla, Remon e Crespo (2002), em Barcelona nos CSP, observaram uma elevada motivação para a cessação tabágica, que foi

associada um elevado grau de dependência à nicotina. Num estudo efetuado no Porto por Costa (2006), a maioria dos participantes apresentava uma moderada ou elevada motivação para a cessação tabágica, apesar de apenas 20% apresentar um elevado grau de dependência à nicotina. Os resultados apresentados neste estudo revelaram que apesar de o grau de dependência à nicotina, na maioria dos participantes, se revelar muito baixo, a esmagadora maioria não demonstrava motivação para a cessação tabágica. Contudo, como referido anteriormente, a maioria dos participantes fumadores referiram já terem feito pelo menos uma real tentativa para deixar de fumar. Porém, tendo em conta os dados obtidos, tal sugere que as intervenções para a cessação tabágica devem incidir especialmente sobre a motivação para a cessação.

Procurou-se, ainda, avaliar a correlação entre o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica. Usando o coeficiente de *Spearman*, obtiveram-se dados que revelaram a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ($p=0,042$). Concluiu-se que à medida que a motivação para a cessação tabágica diminui, o grau de dependência à nicotina aumenta e vice-versa. Em sentido contrário Balsa, Vital e Urbano (2014) apontaram que 85% da população apresentava baixa motivação para a cessação tabágica e baixos níveis de dependência à nicotina. A mesma tendência foi observada nos estudos descritos por Bianchini, Jacob, Silva e Silveira (2016), Moré, Canterra, Fibla, Remon e Crespo (2002) e. Costa (2006), que verificaram que altos níveis de dependência à nicotina eram acompanhados por uma alta motivação para a cessação tabágica. Também Duarte (2014) observou baixos níveis de dependência à nicotina, sendo que os participantes revelaram relutância para cessar o consumo. Esta tendência foi referida em outros estudos [Cardoso, Santos & Bererdinelli, 2009; Saraiva, Chaves, Duarte & Amaral, 2017; Bonito (coord.), 2017; Chaves, Duarte, & Amaral, 2017] em que apesar da maioria dos participantes referir baixos níveis de dependência à nicotina, menos de metade revelou ter feito pelo menos uma tentativa para a cessação tabágica, revelando baixos níveis de motivação.

No intuito de aprofundar conhecimentos, procurou-se averiguar se o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica era influenciada pelas características sociodemográficas e do contexto laboral, dando resposta ao terceiro objetivo do estudo. As variáveis estudadas foram a idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, ter ou não filhos, coabitar com os filhos, local de trabalho, tipo de horário laboral praticado, a carga horária semanal de trabalho, viver ou conviver com fumador(es) e a forma como percecionavam o seu estado de saúde. Obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na classificação total do teste de *Richmond*, face a viver ou conviver com fumador(es). Os resultados indicaram que a motivação para a cessação tabágica era menor quanto maior fosse a convivência com fumador(es). Os dados evidenciaram que viver ou conviver com fumador(es), influenciava a motivação para a

cessação tabágica, mas não deram evidência que esta fosse influenciada pelas restantes variáveis analisadas. Estas conclusões foram corroborados pelos estudos descritos por Cardoso, Santos e Berardinelli (2009), Saraiva, Chaves, Duarte e Amaral (2017) e Bonito (coord., 2017) que descreveram que os grupos sociais, eram fatores que influenciavam o processo de iniciação de consumo e a sua manutenção, bem como o frequentar cafés e conviver com fumadores eram fatores que influenciavam o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica.

Para dar resposta ao quarto objetivo do estudo, averiguou-se a existência de associação entre ser ou não fumador e algumas das variáveis sociodemográficas e do contexto laboral. Os dados revelaram que existia independência entre ser ou não fumador e todas as variáveis que reuniam as condições exigidas para averiguar a existência de associação entre ser e não ser fumador (Sexo, tem filhos, local de trabalho, coabita com os seus filhos, horário laboral praticado, carga horária semanal de trabalho e exerce funções noutra instituição). Estes resultados apontaram para a não existência de associação entre as variáveis estudadas e ser ou não fumador. Os dados foram ao encontro da bibliografia consultada (Costa, 2006; Bianchini, Jacob, Silva & Silveira, 2016), relativamente às variáveis sexo e contexto laboral. Quanto às variáveis tem filhos e coabita com os seus filhos, na literatura consultada não se obtiveram dados onde se tivesse feito algum estudo acerca da existência de associação entre o ser ou não fumador e as referidas variáveis.

Avaliar o *stress* ocupacional dos enfermeiros, foi o quinto objetivo delineado para o estudo. Fazendo uso do QSPS, observou-se que em termos gerais a maioria dos profissionais percecionou que no exercício da sua atividade sofria de moderado ou bastante *stress* (76,9%; $n=160$). Embora não preconizado pelo autor do QSPS, avaliou-se o nível de *stress* resultante das seis dimensões que compõem o questionário e obtiveram-se resultados similares aos referidos anteriormente. Os dados obtidos foram ao encontro da bibliografia consultada onde se concluiu que a maioria dos profissionais de enfermagem exercia a sua atividade sob *stress*, o que se pode refletir em desgaste e danos negativos em termos físicos e psicológicos (Cabanelas, Cruz & Gomes, 2009; Gomes, Santos & Carolino; 2013; Duarte, 2014; Esteves & Gomes, 2014; Gomes (2014); Costa, Roque, Silva & Veloso, 2015; Pereira & Gomes, 2016; Santos & Almeida, 2016; Scholze & Martins, 2016).

Avaliou-se o nível de *stress* ocupacional nos profissionais de enfermagem em cada uma das dimensões que constituem o questionário (Lidar com utentes; excesso de trabalho; carreira e renumeração; relações profissionais; ações de formação e problemas familiares). Observou-se que a maioria dos participantes apresentava nível moderado ou superior de *stress* (≥ 2 pontos), em cinco das seis dimensões. Apenas na dimensão problemas familiares, 50% dos participantes apresentaram níveis de *stress* mais baixos ($\leq 1,75$ pontos). Em termos gerais, verificou-se que a

maioria dos enfermeiros participantes percecionavam um nível de *stresse* moderado ou superior. Os dados obtidos foram ao encontro dos resultados descritos por Santos e Almeida (2016). Também outros autores (Gomes, Santos & Carolino; 2013; Costa, Roque, Silva & Veloso, 2015; Boaretto, Júnior & Campos, 2016; Scholze & Martins, 2016) referiram que o enfermeiro ao desenvolver a sua atividade num ambiente onde as atividades rotineiras e repetitivas, o sofrimento/morte, a sobrelotação, a falta de recursos humanos/materiais, a desvalorização salarial/profissional, o escasso apoio e reconhecimento pelas instituições, as relações profissionais e o trabalho no turno da noite, eram situações que poderiam dar origem a diversos problemas de natureza física e psicológica, como altos níveis de *stresse*.

Num estudo realizado por Gomes (2014) as dimensões lidar com utentes e carreira e renumeração foram as que evidenciaram mais *stresse*. Pereira e Gomes (2016), ao estudarem o *stresse* laboral dos enfermeiros, fazendo uso do QSPS, concluíram que os principais fatores para índices moderados de *stresse* incidiam nas questões relacionadas com o lidar com utentes, carreira e renumeração e o excesso de trabalho.

Tendo em consideração o objetivo “Avaliar o *stresse* ocupacional dos enfermeiros” foi possível concluir que as intervenções devem incidir sobre todas as dimensões, mas com principal ênfase nas dimensões lidar com utentes, excesso de trabalho, carreira e remuneração e relações profissionais, onde se observou nível de *stresse* acima de moderado em pelo menos 50% dos participantes (medianas de *stresse* superiores a 2,4 pontos numa escala que varia de 0 a 4 pontos).

No seguimento do estudo, cruzou-se a informação que permitiu averiguar a existência de relação entre o *stresse* ocupacional nos enfermeiros, o consumo de tabaco e a motivação para a cessação tabágica, dando deste modo resposta ao último objetivo preconizado no estudo.

No que respeita ao nível de *stresse* ocupacional e o grau de dependência à nicotina, observaram-se correlações estatisticamente significativas entre o grau de dependência à nicotina na dimensão excesso de trabalho, ações de formação, problemas familiares e quando correlacionada com o conjunto das seis dimensões integradas no QSPS. Atendendo às correlações obtidas, concluiu-se que, nomeadamente, na dimensão excesso de trabalho, ações de formação e problemas familiares, à medida que os níveis de *stresse* aumentam o grau de dependência à nicotina aumenta. O mesmo se observou quando feita a correlação com o conjunto das seis dimensões. Neste sentido, as intervenções devem incidir respetivamente em todas as dimensões, contudo deve-se dar mais ênfase nas dimensões onde se obteve dados estatisticamente significativos de correlação. Na bibliografia consultada, apesar de não se ter encontrado nenhum estudo onde se tenha feito a correlação entre os níveis de *stresse* e o grau de dependência à nicotina, diversos autores consideraram o *stresse* como um fator que predispõe o consumo de tabaco pelos enfermeiros, desenvolvendo uma relação interna de dependência que influencia o

início e a manutenção do consumo, sendo que quanto maior o nível de *stresse* apresentado por o indivíduo fumador maior o grau de dependência à nicotina [Cardoso, Santos & Beraradinelli, 2009; Duarte, 2014; Rocha & David, 2015; Bianchini, Jacob, Silva & Silveira, 2016; Scholze & Martins, 2016; Bonito (coord.), 2017; EU-OSHA, 2017; Saraiva, Chaves, Duarte & Amaral, 2017].

Ao avaliar a correlação entre o *stresse* ocupacional e a motivação para a cessação tabágica não se obteve correlação estatisticamente significativa entre os dados obtidos, não existindo evidência, neste estudo, que a motivação para a cessação tabágica seja influenciada pelos níveis de *stresse*. Contudo, Botelho, Espinosa, Pawlina e Rondina (2015) afirmam que os fracassos do tratamento em programas de cessação tabágica estão intimamente ligados ao *stresse* e o baixo nível de motivação. Na bibliografia consultada não foi avaliada a correlação entre a motivação para a cessação tabágica e o *stresse* ocupacional dos enfermeiros.

Terminada a discussão de resultados, as principais questões que emergem e que requerem uma maior atenção/intervenção referem-se à necessidade de uma intervenção precoce a nível escolar, dada a média de idade de início de consumo, e por ser um ambiente propício para a formação e inserção em grupos pares. Emerge, também, a necessidade de promover e fazer cumprir a legislação sobre o tabaco, promovendo a capacitação adequada do indivíduo, da família e da comunidade, sobre as políticas de não fumador nos espaços escolares, familiar e de saúde. Considera-se pertinente intervenções que permitam avaliar o *stresse* ocupacional e promover condições que diminuam o *stresse* ocupacional em todas as suas dimensões, e consequentemente o consumo de tabaco. Por fim, destaca-se a necessidade de intervenção na área da motivação para a cessação tabágica, nomeadamente nas consultas de cessação tabágica, nas instituições de ensino, grupos pares e no âmbito familiar, proporcionando aos profissionais de enfermagem ações de formação que deem ênfase à aquisição de conhecimentos e ao desenvolvimento de habilidades de aconselhamento.

CONCLUSÕES

O tabagismo é caracterizado por ser uma das maiores ameaças à saúde pública, sendo a principal causa evitável de morbidade e mortalidade. A tomada de consciência da nefasta influência que os comportamentos têm na saúde da pessoa, como o tabagismo, tem lentamente conquistado a atenção dos profissionais de saúde, tornando-se numa preocupação crescente no seio da saúde pública, por determinarem o aparecimento de um vasto leque de patologias agudas e crónicas. A promoção de estilos de vida saudáveis tem sido considerada uma das prioridades a nível mundial. Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um papel primordial na capacitação do indivíduo para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde, podendo desenvolver e implementar projetos de saúde coletivos que visem a promoção do máximo potencial de saúde, reduzindo o número de pessoas expostas ao fumo de tabaco e consequentemente os efeitos prejudiciais que o mesmo tem na qualidade da saúde da pessoa e comunidade, com implicações na gestão de recursos e em ganhos em saúde.

São diversas as implicações e consequências que o *stress* ocupacional nos enfermeiros pode ter no contexto laboral. Tal pode refletir-se na organização dos cuidados, na qualidade de cuidados prestados e na adoção de estilos de vida menos saudáveis, como é o consumo de tabaco (fonte/meio de colmatar o *stress* resultante das exigências e responsabilidade implícita da profissão). Nesta sequência, as instituições e organizações de saúde devem estar despertos para esta realidade, promovendo ações que previnam o *stress* ocupacional e o consumo de tabaco, promovendo o bem-estar dos profissionais de enfermagem e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se naturalmente na gestão de recursos e em ganhos em saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve ser um elemento ativo na implementação do PNS, nomeadamente no PNPCT. Considerando o enfermeiro um promotor de mudança de atitudes e comportamentos, perante a comunidade deve ser um elemento de referência de estilos de vida saudáveis visando a melhoria do estado de saúde individual e coletivo. A imagem e a relevância que estes profissionais de saúde assumem na comunidade, são determinantes na luta contra os hábitos tabágicos, pelo que se torna primordial conhecer os hábitos tabágicos dos enfermeiros da ULS X, nomeadamente o seu grau de dependência à nicotina, a sua motivação para a cessação tabágica e os níveis de *stress* ocupacional.

Os objetivos definidos para este estudo foram: Conhecer os hábitos tabágicos dos enfermeiros de uma ULS da região centro de Portugal; avaliar o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica; averiguar a existência de relação entre as características sociodemográficas e do contexto laboral com o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica; verificar se existe relação entre as características sociodemográficas e do

contexto laboral com ser ou não fumador; avaliar o *stress* ocupacional dos enfermeiros; averiguar a existência de relação entre o *stress* ocupacional nos enfermeiros e o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica.

Relativamente aos hábitos tabágicos dos participantes no estudo, observou-se que 19% ($n=40$) referiu ter fumado pelo menos um cigarro na última semana, com uma média de idade do início do comportamento aditivo aos 18,5 anos e uma média de anos de consumo de 17,5 anos, sendo que a maioria (60%; $n=24$) tinha idades compreendidas entre os 20 e 40 anos. Em termos da caracterização dos participantes fumadores, concluiu-se que a proporção de fumadores do sexo masculino foi superior em relação ao sexo feminino, 25,4% *versus* 16,8%. Dos participantes fumadores, 50% ($n=20$) era casado/a ou vivia em união de facto, 55% ($n=22$) tinha filhos e 86,4% ($n=19$) coabitava com os seus filhos. Quanto à categoria profissional, a maioria dos participantes fumadores (75%; $n=30$) e não fumadores (62,5%; $n=105$) eram enfermeiros de cuidados gerais, mas foi na categoria de enfermeiro supervisor/diretor onde se observou uma proporção de fumadores mais elevada (40%), seguidos dos enfermeiros de cuidados gerais (22,2%). A maioria dos fumadores participantes (70%; $n=28$) trabalhava nos CSH, contudo a prevalência dos fumadores que trabalhavam em CSP e CSH foi análoga. No que se refere ao serviço onde o enfermeiro exercia funções, 52,5% ($n=21$) exercia nas especialidades médicas ou cirúrgicas, seguidos daqueles que trabalhavam em CSP (27,7%; $n=11$). O tipo de horário laboral praticado pela grande maioria (72,5%; $n=29$) era por turnos e a maioria (55%; $n=22$) tinha uma carga horária semanal de 40 horas. Quanto à situação contratual, 47,5% ($n=19$) tinham CIT em funções públicas por tempo indeterminado. Contudo, considerando o número de fumadores face ao total de enfermeiros por cada categoria da situação contratual, foi no CIT em funções públicas que os resultados foram mais baixos (15,7%), sendo os mais elevados nos contratos mais incertos [(CIT em funções públicas a termo certo (66,7%) e CIT a termo certo (60%)]]. A maioria dos participantes fumadores (95%; $n=38$) não exercia funções em outra instituição. Dos participantes fumadores, a maioria convivia com fumadores (70%) e frequentava locais com fumo de tabaco (80%), sendo que 52,5% fez pelo menos uma real tentativa para deixar de fumar. Apesar de a maioria dos participantes fumadores considerar o seu estado de saúde como bom (52,5%; $n=21$), quando calculada a prevalência dentro de cada categoria destacaram-se aqueles que percecionavam o seu estado de saúde de mau (50%), seguidos daqueles que o consideravam como razoável (20%).

No que se refere ao grau de dependência à nicotina, concluiu-se que em 52,5% ($n=21$) dos fumadores a dependência era muito baixa. Dos resultados da avaliação da motivação para a cessação tabágica, destaca-se que 95% dos fumadores participantes manifestaram baixa motivação e 5% moderada motivação. Os dados e resultados apresentados, revelaram que apesar

de o grau de dependência à nicotina na maioria dos participantes se revelar muito baixo, a esmagadora maioria não demonstrava motivação para a cessação tabágica. Também se concluiu, da relação entre a motivação para a cessação tabágica e do grau de dependência à nicotina, que à medida que a motivação para a cessação tabágica diminui, o grau de dependência à nicotina aumenta e vice-versa, revelando, assim, que as intervenções para a cessação tabágica devem incidir, especialmente, sobre a motivação.

Neste estudo investigou-se a existência de relação entre as características sociodemográficas e do contexto laboral com o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica. A análise efetuada indicou a existência de relação entre viver ou conviver com fumador(es) e a motivação para a cessação tabágica (teste de *Richmond*). Concluiu-se que a motivação para a cessação tabágica é menor quanto maior for a convivência com fumador(es), não existindo evidência que a motivação e a cessação tabágica possam ser influenciadas pelas restantes variáveis analisadas.

Os resultados da investigação realizada para estudar a associação entre ser ou não fumador e as características sociodemográficas e do contexto laboral, apontaram para a existência de independência entre ser ou não fumador e todas as variáveis que reuniam as condições necessárias para averiguar a existência de associação.

Quando avaliado o *stress* ocupacional dos enfermeiros, observou-se que em termos gerais a maioria dos profissionais revelou moderado ou bastante *stress* (76,9%; $n=160$) no exercício diário da sua atividade. Ao avaliar o nível de *stress* ocupacional em cada uma das dimensões, (Lidar com utentes; excesso de trabalho; carreira e remuneração; relações profissionais; ações de formação e problemas familiares), a maioria dos participantes apresentava níveis de *stress* de moderado a elevado ($Md \geq 2$ pontos) em cinco das seis dimensões. Apenas na dimensão problemas familiares, 50% dos participantes apresentaram níveis de *stress* mais baixos ($Md=1,75$ pontos). Neste contexto, concluiu-se que as intervenções devem incidir sobre todas as dimensões analisadas, dando principal ênfase às dimensões lidar com utentes, excesso de trabalho, carreira e remuneração e relações profissionais, onde se obteve medianas de *stress* superiores a 2,4 pontos numa escala que varia de 0 a 4 pontos. Contudo, os resultados apontaram para a não existência de correlação entre os níveis de *stress* e a motivação para a cessação tabágica. Todavia, quando avaliada a correlação entre os níveis de *stress* e o grau de dependência à nicotina, concluiu-se que nas dimensões excesso de trabalho, ações de formação e problemas familiares, à medida que os níveis de *stress* aumentavam o grau de dependência à nicotina e o consumo de tabaco aumentava. Esta, também, foi a conclusão da análise da correlação com o conjunto das seis dimensões. Assim, seria desejável desenvolver atividades de intervenção na

comunidade de enfermeiros em causa, que incidam em todas as dimensões, contudo deve-se dar mais ênfase nas dimensões onde os resultados revelaram maiores níveis de *stress*.

Considerando os dados e resultados obtidos, estes poderão constituir um ponto de partida para intervenções no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis nos enfermeiros da ULS X e de compreender os níveis de *stress* ocupacional que acompanham estes profissionais no exercício das suas atividades. Desta forma, poderão desenvolver-se ações para o bem-estar físico-psico-social dos profissionais de enfermagem, no intuito de promover a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, otimizar a gestão dos recursos humanos, funcionalidade e autonomia, refletindo-se, consequentemente, em ganhos em saúde. Neste contexto apresentam-se algumas sugestões e áreas de intervenção que visam prevenir a doença, promover a saúde e melhorar a qualidade de cuidados à pessoa.

Deste modo, considera-se essencial:

- ✓ Apresentar os resultados obtidos à ULS X e aos profissionais de enfermagem da instituição, bem como a outras entidades públicas ou privadas, no intuito de capacitar o indivíduo e comunidade para a tomada de decisão no seu processo de saúde;
- ✓ Possibilitar que as conclusões apresentadas sejam um ponto de partida para a ULS X implementar e definir políticas claras contra o tabagismo que afeta todos os profissionais;
- ✓ Promover o cumprimento da legislação sobre o tabaco;
- ✓ Abordar todas as equipas de enfermagem da ULS X, incentivando e promovendo medidas de apoio à cessação tabágica, com estratégias dinâmicas de grupo, avaliação individual, estratégias farmacológicas e não farmacológicas, dando ênfase a intervenções na área da motivação para a cessação tabágica;
- ✓ Promover o profissional de enfermagem como elemento de referência e um modelo de estilos de vida saudáveis a seguir pela comunidade, nomeadamente no que se refere ao consumo de tabaco, para não comprometer o êxito que o PNCPT assume no PNS em vigor;
- ✓ Reforçar a intervenção precoce a nível escolar, na luta contra o tabagismo;
- ✓ Desenvolver projetos e parcerias com as instituições de ensino superior de enfermagem, dando ênfase à prevenção da doença e à promoção da saúde e cessação tabágica;
- ✓ Envolver a ULS X, instituições privadas e públicas a desenvolver regularmente atividades comunitárias que visem a luta contra o tabagismo, encarando essas atividades como intervenções de cidadania, procurando uma participação ativa

da comunidade, permitindo futuramente que estas intervenções se reflitam na gestão de recursos e em ganhos em saúde;

- ✓ Realizar sessões de educação, informativas e de pensamento crítico-reflexivo, em parceria com outras áreas de especialidade, sobre o consumo de tabaco e o *stress* ocupacional, envolvendo o profissional de enfermagem na prática e na fomentação de comportamentos saudáveis a todos os níveis da comunidade;
- ✓ Capacitar os profissionais de enfermagem para estilos de vida saudáveis, procurando conhecer a importância que o envolvimento da família pode ter no grau de dependência à nicotina, na motivação para a cessação tabágica, no abandono do tabagismo e nos níveis de *stress* ocupacional inerentes à profissão;
- ✓ Avaliar periodicamente o grau de dependência à nicotina, a motivação para a cessação tabágica e os níveis de *stress* ocupacional nos profissionais de enfermagem;
- ✓ Desenvolver pesquisas adicionais direcionadas a explorar fatores que influenciam o grau de dependência à nicotina, a motivação para a cessação tabágica e os níveis de *stress* ocupacional dos enfermeiros;
- ✓ Identificar se no contexto laboral os níveis de *stress* ocupacional influenciam o consumo de tabaco, envolvendo os grupos de gestores e os enfermeiros da instituição para desenvolver estratégias que visem a implementação de projetos e programas de prevenção da doença e promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida dos enfermeiros e todos os grupos profissionais da ULS X;
- ✓ Promover na ULS X intervenções que visem a melhoria das condições de trabalho e valorização profissional, envolvendo todos os grupos profissionais na tomada de decisão organizacional indo, deste modo, as práticas e políticas organizacionais ao encontro dos interesses da instituição e dos profissionais;
- ✓ Criar estratégias para lidar com o *stress* ocupacional, definindo metas e indicadores que permitam avaliar a implementação das estratégias adotadas;
- ✓ Desenvolver um estudo sobre a temática, envolvendo todos os grupos profissionais da instituição;
- ✓ Publicar os dados obtidos na imprensa nacional e internacional.

Os objetivos delineados para este estudo foram atingidos na sua globalidade. Contudo, algumas dificuldades foram surgindo no decorrer do estudo, particularmente na adesão dos enfermeiros em responder ao questionário *online*, enviado por correio eletrónico institucional a todos os profissionais de enfermagem da ULS X, pelo que se tornou necessário alargar o prazo

de colheita de dados delineado inicialmente e, conseqüentemente, no cumprimento do prazo pré estabelecido para a conclusão deste estudo de investigação.

No que se refere às limitações do estudo, pode apontar-se a dimensão da amostra, uma vez que foi solicitada a colaboração de todos os enfermeiros a exercer funções na ULS X (população alvo) e nem todos os serviços estavam representados. Por outro lado, o protocolo de colheita de dados não fazia referência que o hábito tabágico também englobava novos produtos de tabaco, tabaco sem combustão e cigarros eletrónicos, sugerindo-se a inclusão destes num próximo estudo, bem como, questionar sobre a percentagem de enfermeiros que já abandonaram o hábito tabágico. De referir que, apesar dos obstáculos e limitações descritas, foi respeitado o conjunto de procedimentos que um estudo de investigação preconiza para alcançar os objetivos delineados.

As implicações negativas que o consumo de tabaco pode ter na saúde individual e coletiva, leva à necessidade de capacitar os profissionais de enfermagem e futuros profissionais a adotarem estilos de vida saudáveis. Acresce a responsabilidade, a estes profissionais, de serem considerados dos que mais literacia em saúde possuem e as oportunidades que têm para intervir na sociedade. Um futuro enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, deve tomar consciência da responsabilidade e do papel ativo que a profissão exige, ao ser um elemento ativo junto da pessoa, grupos e comunidade, nas diversas áreas de intervenção. Desta forma pretendeu-se contribuir para o potencial máximo de saúde da população, indo ao encontro dos enunciados descritivos das competências e padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública, preconizados pela OE.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, M., Ribeiro, T. T., Teixeira, M. *et al.* (org.) (2016). *Jornadas internacionais de enfermagem comunitária 2014: Livro de conferências & comunicações*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Ackoff, R. L. (1975). *Planejamento de pesquisa social* (2ª ed.). São Paulo: Editora da universidade de São Paulo: Herder
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia da educação* (5ªed.). Braga: Psiquilibrios
- André, M., C. (2012). *Prevenção e controlo do tabagismo*. Acedido em setembro, 17, 2018, em OE:<https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/preven%C3%A7%C3%A3o-e-controlo-do-tabagismo/>
- Associação Psiquiátrica Americana (2014). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (5ªed). Porto Alegre: Artmed
- Balsa, C., Farinha, T., Urbano, C. & Francisco, A. (2003). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2001*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência
- Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2014). *III inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2017). *IV inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- Balsa, C., Vital, C., Urbano, C. & Pascueiro, L. (2007). *II inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa – 2007*. Lisboa: Instituto da Droga e Toxicodependência
- Belo, S. & Rebelo, L. (2018). Abandono precoce da consulta de cessação tabágica da USF do Parque. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 34, 17 – 25
- Bianchini, D. C. S., Jacob, I., Silva, T. A. & Silveira, C. A. (2016). Tabagismo entre profissionais de enfermagem de um hospital do interior de Minas Gerais. *Arquivo Ciências da Saúde*, 23(4), 37 – 42
- Bonito, J. (coord.) (2017). *Competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde*. Lisboa: Publicações DGS

- Botelho, C., Espinosa, M. M., Pawlina, M. M. & Rondina, R. C. (2015). Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(5), 433 – 439
- Cabanelas, S., Cruz, J. F & Gomes, A. R. (2009) Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Revista de Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307 – 318
- Caetano, F., Santos, M. I. & Figueiredo, M. C. (2015). Vida sem tabaco é mais vida: projeto de intervenção em enfermagem comunitária com recurso à metodologia de planeamento em saúde. *Revista UIIPS*, 3(5), 215 – 228
- Cardoso, B. A. P., Santos, M. L. S. C. & Berardinelli, L. M. M. (2009). A relação estilo de vida e tabagismo entre académicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 368 – 374
- Castro, H. (1999). *Tabaco e saúde*. Acedido em outubro 30, 2016, em OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadadePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/18_Tobacco_useHealth_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf
- Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (2015). *Centro colaborador da OMS para a prática e investigação em enfermagem. Escola superior de enfermagem de coimbra*. Acedido em janeiro 7, 2019, em Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: <https://www.ccoms.esenfc.pt/ccoms/index.html>
- Childs, E. & Wit, H. (2009). Hormonal, cardiovascular, and subjective responses to acute stress in smokers. *Psychopharmacology*, 203, 1 – 12
- Costa, A. D. (2006). Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto: motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 27 – 38
- Costa, P., Roque, H., Silva, I. & Veloso, A. (2015). Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3087 – 3097
- Deco Proteste (2017). *O que mudou na lei do tabaco*. Acedido em fevereiro 22, 2018, em Deco Proteste: <https://www.deco.proteste.pt/saude/doencas/noticias/o-que-muda-com-a-nova-lei-do-tabaco>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Publicações DGS
- Duarte, G. (2014). Estimativa da prevalência do consumo de tabaco nos profissionais de saúde do ACeS Porto Oriental – Um estudo descritivo. *Insaude newsletter*, 7, 1 – 3

- Esteves, A. & Gomes, A. R. (2014). Stress, avaliação cognitiva e adaptação ao trabalho na classe de enfermagem. *Cadernos de Ciência e Saúde*, 4(1), 27 – 35
- EU-OSHA (2017). *Guia eletrónico para a gestão de riscos psicossociais e de stresse*. Acedido em maio 2, 2017, em EU-OSHA: <https://www.osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/e-guide-managing-stresse-and-psychosocial-risks>
- Exame (2017). *Tabaco mata mais de 7 milhões por ano, segundo OMS*. Acedido em março 22, 2017, em Exame: <https://www.exame.abril.com.br/ciencia/tabaco-mata-mais-de-7-milhoes-por-ano-segundo-oms/>
- Ferreira, P. L., Quintal, C., Lopes, I. & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: Validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 37 – 56
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Trad. Nídia Salgueiro. Loures: Lusodidacta
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A., et al (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19(5-6): 207 – 229
- Garcia, T. Andrade, S. A. S., Biral, A. T., et al (2017). Avaliação de um tratamento para cessação do tabagismo iniciado durante a hospitalização em pacientes com doença cardíaca ou doença respiratória. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(1), 42 – 48
- Gomes, A. F. S., Santos, M. M. M. C. C. & Carolino, E. T. M. A. (2013). Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1 – 8
- Gomes, A. R. (1998). *Stress e burnout nos profissionais de psicologia*. Tese de Mestrado. Braga: Universidade do Minho
- Gomes, A. R. S. (2014). *Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros*. *Revista Interamericana de Psicologia*, 48(1), 129 – 141
- Gomes, A. R. S. (no prelo). *Questionário de stress nos profissionais de saúde*. Acedido em abril 13, 2017, em Adaptação, Rendimento e Desenvolvimento Humano - Grupo de Investigação: <http://www.ardh-gi.com/>
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307 – 318
- Gonçalves, C., Torrado, D., Sousa, J. C., Alves, L. & Costa, R. (2015). *Ajudar os pacientes a deixar de fumar: Intervenções breves para profissionais de saúde*. Acedido em outubro 20, 2018, em Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF:

- <https://www.sites.google.com/site/respirarmais/resources/prevencao-e-tratamento-do-tabagismo>
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Jornal Enfermeiro (2016). *Tabaco matou mais de 32 pessoas por dia em Portugal no ano de 2013*. Acedido em maio 11, 2018, em Jornal Enfermeiro: http://www.jornalenfermeiro.pt/actualidade/item/1030-tabaco-matou-mais-de-32-pessoas-por-dia-em-portugal.html
- Lopes, H. (2016). Esmagadora maioria dos enfermeiros trabalha sob stresse. *Revista da Ordem dos Enfermeiros: Cuida +*, 53, 22 – 23
- Lusa (2017). *Ano começa com nova lei sobre tabaco, ainda que "tímida"*. Acedido em fevereiro 22, 2018, em Público: <https://www.publico.pt/2017/12/30/sociedade/noticia/ano-comeca-com-nova-lei-sobre-tabaco-ainda-que-timida-1797671>
- Machado, A. R. (2018). *A importância da cessação tabágica – Artigo de opinião*. Acedido em outubro 20, 2018, em Centros Médicos e Reabilitação: <http://www.cmm.com.pt/noticias/?noticia=6>
- Machado, A. S. (2016). *Prevalência do uso do álcool e tabaco por enfermeiros de um hospital universitário. Tese de mestrado em enfermagem*. Acedido em maio 11, 2017, em Repositório Institucional da Universidade de Brasília: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22679/1/2016_AnalydaSilvaMachado.pdf
- Machado, C. J. & Silveira, A. M. (2014). Casa de ferreiro espeto de pau: O tabagismo entre profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 39(129), 119 – 121
- Maeckelberghe, E. L. M. (2013). Doctors and medical students as non-smoking role models? Using the right arguments. *European Journal of Public Health*, 23(2), 190 – 192
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica* (8ª ed.). São Paulo: Atlas
- Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alpha Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Revista Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65 – 90
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística – Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53 – 71
- Moré, R. C., Canterra, C. M., Fibla, M. I., Remon, L. R. & Crespo, M. C. (2002). Abordaje del tabaquismo entre los trabajadores de un distrito sanitario. *Aten Primaria*, 29(4), 218 – 222

- Nunes, E. & Narigão, M. (2015). *Cessação tabágica na gravidez: Guia para profissionais de saúde*. Lisboa: Publicações DGS
- Nunes, E. (2013). *Programa nacional: Prevenção e controlo do tabagismo*. Lisboa: Publicações DGS
- Nunes, E. (coord.) (2008). *Cessação tabágica: Programa-tipo de actuação*. Lisboa: Grávida Publicações
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: Tomada de posição*. Acedido em outubro 11, 2018, em OE: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido em setembro 9, 2017, em OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. Acedido em outubro 19, 2018, em OE: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8731/comunitaria-e-de-saude-publica.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2003). *WHO: Framework convention on tobacco control*. Geneva: Publicações OMS
- Organização Mundial de Saúde (2005). *The role of health professionals in tobacco control*. Geneva: Publicações OMS
- Organização Mundial de Saúde (2008a). *Mpower: un plan de medidas para hacer retrocer la epidemia de tabaquismo*. Ginebra: Publicações OMS
- Organização Mundial de Saúde (2008b). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: Publicações OMS
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Self-assessment tool for the evaluation of public health services in Europe*. Copenhaga: Publicações OMS
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*. Ginebra: Publicações OMS
- Organização Mundial de Saúde (2016). *Smoking cessation*. Acedido em outubro 18, 2016, em Tobacco Free Initiative: <http://www.who.int/tobacco/research/cessation/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2017a). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies*. Geneva: Publicações OMS

- Organização Mundial de Saúde (2017b). *Día mundial sin tabaco 2017: vencemos al tabaco en favor de la salud, la prosperidad, el medio ambiente y el desarrollo de los países*. Acedido em agosto 22, 2018, em World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/no-tobacco-day/es/>
- Organização Mundial de Saúde (2017c). *Un informe de la OMS revela el drástico aumento en el último decenio de políticas de control del tabaco que pueden salvar vidas*. Acedido em agosto 20, 2018, em OMS: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/tobacco-report/es/>
- Organização Mundial de Saúde (2017d). *Tobacco is a deadly threat to global development*. Acedido em setembro 22, 2018, em World Health Organization: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/tobacco-threat-development/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2017e). *Tobacco and its environmental impact: an overview*. Geneva: Publicações OMS
- Organização Mundial de Saúde (2017f). *The ottawa charter for health promotion*. Acedido em abril 22, 2018, em OMS: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2018). *World no tobacco day: Tobacco and heart disease*. Acedido em outubro 22, 2018, em OMS: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2018/event/en/>
- Organização Mundial de Saúde & UNICEF (1978). *Primary health care: Report of the international conference on primary health care, alma-ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: Publicações OMS
- Pamplona, P. (2007). Fumador internado? – A intervenção apropriada. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13(6), 801 – 826
- Pereira, M. M. A. & Gomes, A. R. S. (2016). Stress, burnout e avaliação cognitiva: Estudo na classe de enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(1), 72 – 83
- Pestana, E. (2018). *Tabaco*. Acedido em outubro 20, 2018, em Fundação Portuguesa do Pulmão: <https://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/apoio-ao-doente/cessacao-tabagica#67>
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais – A complementaridade do SPSS* (6.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5.^a ed.). Trad. Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed
- Portugal, Assembleia da República – Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto
- Portugal, Assembleia da República – Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto
- Portugal, Assembleia da República – Lei n.º 63/2017, de 3 de agosto

- Programa Nacional de Saúde Escolar (2015). *Programa nacional de saúde escolar – 2015*. Lisboa: Publicações DGS
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2014). *Portugal prevenção e controlo do tabagismo em números – 2014*. Lisboa: Publicações DGS
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2016). *Portugal prevenção e controlo do tabagismo em números – 2015*. Lisboa: Publicações DGS
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2017). *Programa nacional para prevenção e controlo do tabagismo – 2017*. Lisboa: Publicações DGS
- Ribeiro, L., Gomes, A. & Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercer em contexto hospitalar. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia: Associação Portuguesa de Psicologia*, 1494 – 1508
- Rocha, P. R. & David, H. M. S. L. (2015). Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas*, 11(1), 41 – 48
- Rosemberg J. (2003). *Nicotina: Droga universal*. São Paulo: Publicações Centro de Vigilância Epidemiológico “Prof. Alexandre Vranjac”
- Rosendo, I., Fonseca, G., Guedes, A. R., & Martins, V. (2009). Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, (15) 5, 783 – 802
- Ruiz, M. L. F. & Bayle, M. S. (2003). Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*, 17(1), 5 – 10
- Santos, M. & Almeida, A. (2016) Profissionais de saúde: principais riscos e fatores de risco, eventuais doenças profissionais e medidas de proteção recomendadas. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional Online*, 2, 1 – 21
- Santos, M. & Almeida, A. (2015). *Cessação tabágica – Uma opção terapêutica para a enfermagem*. Acedido em setembro 22, 2018, em Nursing: <https://www.nursing.pt/cessacao-tabagica-uma-opcao-terapeutica-para-a-enfermagem/>
- Saraiva, A. G. S., Chaves, C. M. C. B., Duarte, J. C. & Amaral, M. O. P. (2017). A dependência de tabaco em estudantes de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 9 – 18
- Scholze, A. R. & Martins, J.T. (2016). A influência do ambiente ocupacional para o uso de substâncias psicoativas entre enfermeiros. *Revista de Enfermagem UFPE*, 10(1), 375 – 378

- Serviço Nacional de Saúde (2017). *OMS - Epidemia mundial do tabaco*. Acedido em maio 22, 2018, em Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/07/20/oms-epidemia-mundial-do-tabaco/>
- Serviço Nacional de Saúde (2018). *Lei do tabaco*. Acedido em maio 22, 2018, em Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/01/03/lei-do-tabaco/>
- Silveira, L., Boaretto, L., Júnior, E. & Campos, D. (2016). *Estudos sobre os principais stressores em profissionais de enfermagem: Algumas possibilidades de intervenção*. Acedido em abril 30, 2018, em Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional Online: <http://www.rpso.pt/estudos-sobre-os-principais-stressores-em-profissionais-de-enfermagem-algumas-possibilidades-de-intervencao/>
- Simas, P., Marinho, A. R., & Dias, T. (2015). *Cessação tabágica e ganho ponderal – linhas de orientação*. Lisboa: Publicações DGS
- Simões, S. (s.d.). *Questionários e escalas de avaliação*. Acedido em dezembro 11, 2017, em MGFamiliar: <https://www.mgfbetasite.worldsecuresystems.com/LiteratureRetrieve.aspx?ID=115392>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública* (7ª. ed.). Lisboa: Lusodidacta
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Internacional Journal of Medical Education*, 2, 53 – 55
- Unidade Local de Saúde X, EPE (2016). *Relatório de gestão e contas, 2016*. Acedido em dezembro 12, 2017, em Serviço Nacional de Saúde: <http://portaisuls.azurewebsites.net/ulsg/wp-content/uploads/sites/6/2016/11/Relatorio-Gestao-e-Contas-2016.pdf>
- Vaz, C. (2017). Tabaco mata 7 milhões por ano. *Jornal Folha de Portugal*, p. 6

APÊNDICES

APÊNDICE I

(Protocolo de colheita de dados e consentimento livre, informado e esclarecido)

APÊNDICE II

(Pedido de autorização ao autor do teste de *Richmond*)

APÊNDICE III

(Pedido de autorização ao autor do teste de *Fagerström*)

APÊNDICE IV

(Pedido de autorização ao autor do teste de *Fagerström*, traduzido e validado para Portugal)

APÊNDICE V

(Pedido de autorização ao autor do Questionário de *Stresse* nos Profissionais de Saúde)

APÊNDICE VI

(Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração da ULS X, para efetuar a
recolha de dados)

APÊNDICE VII

(Distribuição de frequências das idades dos participantes e diagrama de extremos e quartis)

APÊNDICE VIII

[Distribuição dos participantes de acordo com o nível de ensino frequentado pelo(s) filho(s)]

APÊNDICE IX

(Distribuição dos participantes quanto à forma como ocupam os seus tempos livres)

APÊNDICE X

(Pedido do valor de *alpha* de *Cronbach* do teste de *Richmond* ao autor do teste)

APÊNDICE XI

(Estudo realizado para averiguar se algumas características sociodemográficas e do contexto laboral influenciam o grau de dependência à nicotina e a motivação para a cessação tabágica)

ANEXOS

ANEXO I
(Teste de *Richmond*)

ANEXO II
(Teste de *Fagerström*)

ANEXO III
(Questionário de *Stresse* nos Profissionais de Saúde)

ANEXO IV

(Autorização concedida pelo autor do teste de *Richmond*)

ANEXO V

(Autorização concedida pelo autor do teste de *Fagerström*)

ANEXO VI

(Autorização concedida pelo autor do teste de *Fagerström*, traduzido e validado para Portugal)

ANEXO VII

(Autorização concedida pelo autor do Questionário de *Stresse* nos Profissionais de Saúde)

ANEXO VIII

(Autorização do Presidente do Conselho de Administração da ULS X para prosseguir com o estudo e a respetiva colheita de dados)

ANEXO IX

(Parecer da Comissão de Ética e autorização da Enfermeira Diretora da ULS X para prosseguir
com o estudo e a respetiva colheita de dados)

ANEXO X

(Resposta do autor do teste de *Richmond*, sobre o valor de *alpha* de *Cronbach* do teste)

